

# VU Research Portal

## **Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg**

Galenkamp, H.; Plaisier, I.; Huisman, M.; Braam, A.W.; Deeg, D.J.H.

2012

### **document version**

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

### **citation for published version (APA)**

Galenkamp, H., Plaisier, I., Huisman, M., Braam, A. W., & Deeg, D. J. H. (2012). *Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen. Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg*. Vrije Universiteit. [http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie\\_LASA.pdf](http://www.rvz.net/uploads/docs/Achtergrondstudie_LASA.pdf)

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

### **E-mail address:**

[vuresearchportal.ub@vu.nl](mailto:vuresearchportal.ub@vu.nl)



# Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen

---

Advies Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

H. Galenkamp, MSc

Dr. I. Plaisier

Dr. M. Huisman

Dr. A.W. Braam

Prof. Dr. D.J.H. Deeg

Februari 2012





# Inhoudsopgave

Inleiding: De onderzoeksvragen	5
De LASA studie	6

## **DEEL I. Ontwikkelingen in gezondheid en welbevinden bij ouderen tussen 1992 en 2009**

1.1 Inleiding	8
1.2 De steekproef	10
1.3 Resultaten: Trends in gezondheid	10
1.4 Resultaten: Trends in welbevinden	17
1.5 Overzicht van de belangrijkste resultaten	26
1.6 Bijlage: Methode trends in gezondheid	27

## **DEEL II. Het belang dat ouderen hechten aan zelfredzaamheid en de relatie met zorggebruik bij thuiswonende ouderen**

2.1 Inleiding	29
2.2 De steekproef	30
2.3 De onderzochte variabelen	30
2.4 Resultaten: Het belang van zelfredzaamheid	33
2.5 Resultaten: Zelfredzaamheid en zorggebruik	35
2.6 Resultaten: Zelfredzaamheid en zorggebruik, rekening houdend met gezondheidsvariabelen	39
2.7 Overzicht van de belangrijkste resultaten	46
Conclusie en discussie	48
Literatuur	53



## Inleiding: de onderzoeksvragen

Voor hun visie op ouder worden en oud zijn in Nederland heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg de volgende centrale vraagstelling geformuleerd: *"Welke maatregelen zijn nodig om de zorg voor de groeiende groep (alleenstaande) niet-zelfredzame ouderen te organiseren en ook voor de toekomst te kunnen garanderen dat de kwaliteit van leven van voldoende niveau blijft?"* Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn onder andere gegevens nodig over hoe belangrijk ouderen het vinden om zelfredzaam te zijn, en hoe hun gezondheid de zelfredzaamheid en het zorggebruik beïnvloedt. Met behulp van gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) zullen daarom in deze achtergrondstudie de volgende vragen worden beantwoord.

Na een korte inleiding over de LASA steekproef, zal in het eerste deel de omvang van ziekten en beperkingen worden onderzocht en de gevolgen hiervan voor het welbevinden. Daarnaast zullen trends in de prevalentie van ziekten en beperkingen, en hun gevolgen, tussen 1992 en 2009 worden gerapporteerd. De volgende vragen worden beantwoord:

1. Wat is de prevalentie van chronische ziekten en lichamelijke beperkingen in de oudere bevolking?
  - i. Hoe wordt de prevalentie van lichamelijke beperkingen beïnvloed door de toe- of afname van chronische ziekten?
2. Hoe evalueren ouderen hun eigen gezondheid?
  - i. Wordt het oordeel over de eigen gezondheid beïnvloed door de verandering in de prevalentie van chronische ziekten en/of beperkingen?
3. Hoe is het gevoel van regie van Nederlandse ouderen?
  - i. Wordt de mate van regie beïnvloed door de toe- of afname van chronische ziekten en/of beperkingen?
  - ii. Hangt de mate van regie samen met het oordeel over de eigen gezondheid?

Het tweede deel van deze studie richt zich op het belang dat door ouderen zelf aan zelfredzaamheid gehecht wordt. Ook wordt onderzocht of het belang van zelfredzaamheid is geassocieerd met zorggebruik. Het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid is iets anders dan de mate van ervaren regie zoals in vraag 3 geformuleerd. Ervaren regie zegt iets over

de mate waarin men het gevoel heeft daadwerkelijk controle over het dagelijks leven te hebben, terwijl het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid eerder een levensinstelling is en iets zegt over de wens of voorkeur om zelfredzaam te zijn. We verwachten dat ouderen die veel belang hechten aan zelfredzaamheid minder (vaak) hulp en zorg zullen inzetten, of dit zullen uitstellen. De volgende vragen zullen worden beantwoord:

4. In welke mate vinden ouderen behoud van hun zelfredzaamheid belangrijk?
  - i. Hoe verschilt het belang van zelfredzaamheid naar leeftijd, geslacht, opleidingsniveau en naar gezondheidskenmerken?
5. Hoeveel formele en informele zorg wordt door ouderen in Nederland gebruikt?
  - i. Verschilt de mate van zorggebruik naar leeftijd, geslacht en opleidingsniveau?
  - ii. Hoe wordt zorggebruik beïnvloed door chronische ziekten, lichamelijke beperkingen en de ervaren gezondheid en regie?
  - iii. Wordt de mate van zorggebruik beïnvloed door het belang dat ouderen aan hun zelfstandigheid hechten, ook als rekening wordt gehouden met lichamelijke beperkingen en gezondheid?

## **De LASA-studie**

Voor deze achtergrondstudie is gebruik gemaakt van gegevens van de Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). LASA is een multidisciplinair, longitudinaal onderzoek naar predictoren en gevolgen van veranderingen in autonomie en welbevinden in de ouder wordende bevolking (Huisman et al., 2011). De Longitudinal Aging Study Amsterdam is gestart in 1992-93 met een steekproef van 3107 mannen en vrouwen in de leeftijd 55 tot 85 jaar, getrokken uit de bevolkingsregisters van 11 gemeenten, verspreid over drie regio's in Nederland, namelijk West (Amsterdam en omgeving), Noordoost (Zwolle en omgeving) en Zuid (Oss en omgeving). De steekproef was gestratificeerd naar leeftijd, geslacht en verwachte sterfte na vijf jaar. Het cohort was afkomstig van het NESTOR-onderzoek "Leefvormen en sociale netwerken van ouderen" (LSN, respons 62%), dat tien maanden voor de eerste LASA-waarneming was uitgevoerd. De representativiteit van deze oorspronkelijke steekproef binnen de 5-jaars leeftijds- en seksegroepen was goed (Broese van Groenou et al., 1995). Elke drie jaar vindt een dataverzameling plaats bestaande uit een hoofdinterview, een medisch interview, en een schriftelijke vragenlijst.

In 2002 werd een nieuwe steekproef getrokken uit de bevolkingsregisters van dezelfde 11 gemeenten, in de leeftijd van 55-64 jaar ( $n=1002$ , respons 62%). Deze steekproef werd na drie jaar samengevoegd met de steekproef uit 1992, en doet sindsdien mee met de reguliere driejaarlijkse vervolgmetingen. De meest recente dataverzameling vond plaats in 2008-09. Vanaf de tweede dataverzameling (1995-96, 1998-99, 2001-02, 2005-06, 2008-09) was steeds ongeveer 18% van de deelnemers aan de vorige waarneming overleden. Van de overlevenden nam steeds circa 94% deel. Van deze deelnemers kon circa 84% een volledig interview afronden; bij de overigen werd een verkort interview afgenomen (Smit et al., 2000). Niet-deelname hing samen met een hogere leeftijd, een lager opleidingsniveau, cognitieve achteruitgang, maar niet met lichamelijke ziekte (Deeg et al., 2002).



# **DEEL I. Ontwikkelingen in gezondheid en welbevinden bij ouderen, 1992-2009**

## **1. 1 Inleiding**

De toenemende levensverwachting in Nederland heeft tot gevolg dat steeds meer mensen een steeds hogere leeftijd bereiken (Bruggink, 2009). Dit gaat al decennialang gepaard met beleidsinspanningen om hogere kosten van gezondheidszorg en zorgvoorzieningen tegen te gaan. Tegelijkertijd is de kwaliteit van zorg voor ouderen sterk verbeterd, en in het bijzonder de zorg voor chronisch zieken. Hierdoor is ook de sterfte onder chronisch zieken afgenomen. Het is evenwel nog onduidelijk wat voor invloed enerzijds de toenemende levensverwachting, en anderzijds de verbeterde gezondheidszorg nu hebben op de gezondheid en het welbevinden van Nederlands ouderen.

Onderzoek naar tijdtrends in gezondheid bij ouderen in Nederland laat uiteenlopende resultaten zien (Puts et al., 2008; Uijen et al., 2008). In de eerste plaats kunnen deze verschillen worden verklaard doordat andere maten van gezondheid in beschouwing zijn genomen. Studies naar de hoeveelheid chronische ziekten laten bijvoorbeeld een verslechterende trend zien (Deeg et al., 1994; Uijen en van de Lisdonk, 2008), terwijl studies naar beperkingen veelal een verbeterende of gelijkblijvende trend laten zien (Picavet et al., 2002; van Gool et al., 2011). Een verklaring die hiervoor vaak wordt aangevoerd is dat verbeterde gezondheidszorg heeft geleid tot minder beperkingen bij chronisch zieken (Cutler, 2003). Het eerste doel van deze studie is te onderzoeken wat recente trends zijn in aantal chronische ziekten en in de mate van lichamelijke beperkingen bij Nederlandse ouderen (onderzoeksvraag 1).

Het tweede doel is te onderzoeken wat de trend in welbevinden van Nederlands ouderen is, en hoe deze zich verhoudt tot veranderingen in gezondheid (onderzoeksvraag 2 en 3). Allereerst zal ervaren gezondheid (EG) als maat voor welbevinden worden onderzocht. EG wordt veel gebruikt in onderzoek naar gezondheid en zorg en is een algemene maat voor hoe iemand zijn of haar eigen gezondheid beoordeelt. EG heeft een sterke voorspellende waarde voor toekomstige gezondheidsproblemen, waaronder sterfte. De eenvoud waarmee EG gemeten kan worden ('hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?') maakt het een populaire maat. Echter, eerdere studies hebben laten zien dat veranderingen in EG niet direct dezelfde richting op hoeven te gaan als die in

chronische ziekten en lichamelijke beperkingen (Parker et al., 2007; van de Kamp et al., 2008)

De tweede indicator voor welbevinden die zal worden onderzocht is de zelfredzaamheid. De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (Raad voor Volksgezondheid en Zorg, 2010) pleit voor een verschuiving van 'ziekte en zorg' naar 'gedrag en gezondheid'. Dat betekent dat het steeds belangrijker wordt dat mensen verantwoordelijkheid krijgen over hun eigen gezondheid en dat zij ondersteund moeten worden om zolang mogelijk zelfredzaam te kunnen blijven. *Gevoel van regie* zal in dit onderzoek worden gezien als een maat voor zelfredzaamheid en is gedefinieerd als 'de mate waarin een individu zichzelf ervaart als greep te hebben op gebeurtenissen en situaties, in tegenstelling tot de ervaring dat zijn/haar leven door het toeval of door andere personen wordt geregeerd' (Pearlin et al., 1978). Niet alleen is gevoel van regie belangrijk voor het zelf kunnen organiseren van het zorgproces, het is ook gerelateerd aan een betere kwaliteit van leven (Smits et al., 1995). Bovendien zijn er aanwijzingen dat interventies die gericht zijn op het verhogen van regie inderdaad effectief kunnen zijn en het gevoel van regie mogelijk versterken (Gustafsson et al., 2009; Jonker et al., 2009).

De vraag die in deze studie zal worden onderzocht is of het gevoel van regie is verbeterd bij nieuwere generaties ouderen. Mogelijk speelt het toegenomen opleidingsniveau hierin een rol, of de toegenomen assertiviteit. Ook mogelijk is het dat door het toegenomen welvaartsniveau hogere eisen worden gesteld aan gezondheid, wat leidt tot een grotere betrokkenheid bij het zorgproces. Echter, eerder onderzoek heeft aangetoond dat ondanks het toegenomen opleidingsniveau in recentere cohorten het gevoel van regie van jongere ouderen (55-64 jaar) met chronische ziekten niet is verbeterd tussen 1992 en 2002 (Deeg et al., 2010). Bij ouderen zonder chronische ziekten nam het gevoel van regie echter wel toe. Mogelijk wordt een andere trend gevonden in een meer recente tijdsperiode, of bij oudere ouderen (65+ en 75+).

Om een goed beeld te krijgen van recente trends in de gezondheid van ouderen worden in deze studie veranderingen tussen 1992 en 2009 in zowel chronische ziekten als lichamelijke beperkingen onderzocht. Daarnaast wordt bestudeerd welke gevolgen deze veranderingen met zich meebrengen, in termen van ervaren gezondheid en gevoel van regie. Hiermee kan hopelijk meer inzicht worden gegeven in de gezondheid en het welbevinden van de huidige en toekomstige generatie ouderen, en in de zorg die zij nodig hebben. In de analyses worden vergelijkingen gemaakt tussen mannen en vrouwen, 60-74-jarigen en 75-85-jarigen, en ouderen die geen of alleen basisonderwijs hebben afgerond (laag opgeleid) en ouderen die meer dan alleen basisonderwijs hebben genoten (middelbaar of hoger opgeleid).

## 1.2 De steekproef

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag over trends in gezondheid is gebruik gemaakt van alle meetronden die tot dusver binnen LASA zijn uitgevoerd. Voor het bepalen van trends die niet veroorzaakt worden door de toegenomen leeftijd van de respondenten is het noodzakelijk dat de samenstelling van de steekproef op ieder meetmoment vergelijkbaar is. Hiertoe werd een selectie gemaakt van 60-85-jarigen, omdat deze leeftijden op ieder moment aanwezig waren. Daarnaast is de steekproef op alle meetmomenten gewogen met behulp van 5-jaars leeftijdsgroepen en geslacht. Als referentie werd de meetronde in 2001-2003 (T4) genomen, omdat de samenstelling op dat moment een goede afspiegeling vormde van de algemene bevolking. Tabel 1.1 geeft de (ongewogen) samenstelling van de LASA-steekproef weer voor iedere meetronde.

Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van trends is geen selectie gemaakt voor thuiswonende ouderen. Dit omdat het aandeel ouderen in verzorg- of verpleeghuizen over de tijd kan veranderen wat de trends in gezondheid zou kunnen vertekenen.

**Tabel 1.1: Samenstelling van de LASA-steekproef (ongewogen gemiddelden en prevalenties)**

	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>T5</b>	<b>T6</b>
	<b>1992-1993</b>	<b>1995-1996</b>	<b>1998-1999</b>	<b>2001-2003</b>	<b>2005-2006</b>	<b>2008-2009</b>
	N=2648	N=2156	N=1789	N=1885	N=1689	N=1568
Leeftijd (sd)	73,0 (7,4)	72,5 (7,5)	72,7 (7,0)	70,8 (7,3)	71,1 (7,1)	71,7 (6,9)
Aantal jaar opleiding (sd)	8,6 (3,3)	8,9 (3,3)	9,0 (3,2)	9,5 (3,3)	9,8 (3,3)	10,1 (3,4)
Geslacht (% vrouw)	51,4	53,8	55,1	55,6	55,6	55,2

## 1.3 Resultaten: Trends in gezondheid

### *Prevalentie van chronische ziekten, 1992-2009*

Chronische ziekten werden vastgesteld met behulp van expliciete vragen naar de aanwezigheid van astma en chronische obstructieve longziekten, hartziekten, ziekten van de perifere slagaderen, diabetes, beroerte, artritis (reumatoïde artritis en artrose) en kanker. De selectie van deze ziekten bij aanvang van de studie is gemaakt op basis van de prevalentie (> 5%) in de Nederlandse populatie van 55 jaar en ouder. Ook konden respondenten aangeven of zij nog andere chronische ziekten hadden, gedefinieerd als ziekten waarvan de symptomen of de behandeling minstens 3 maanden aanhielden.

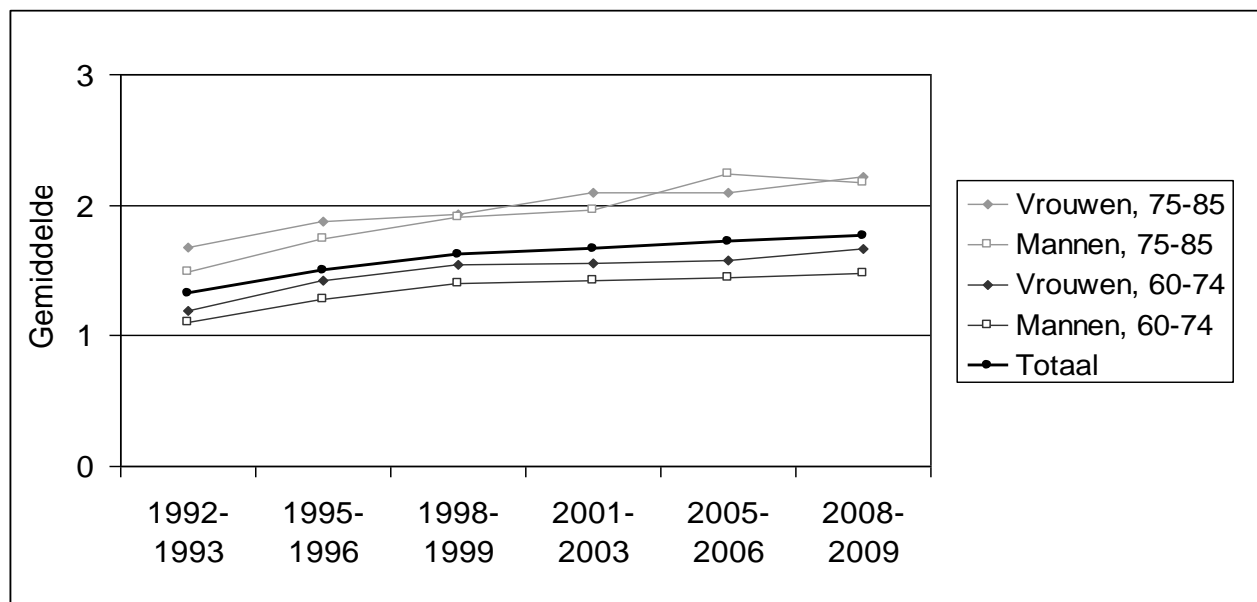
*Multimorbiditeit* wordt gedefinieerd als de aanwezigheid van minstens twee chronische ziekten (Schram et al., 2008).

**Tabel 1.2: Prevalentie van chronische ziekten en multimorbiditeit, 1992-2009**

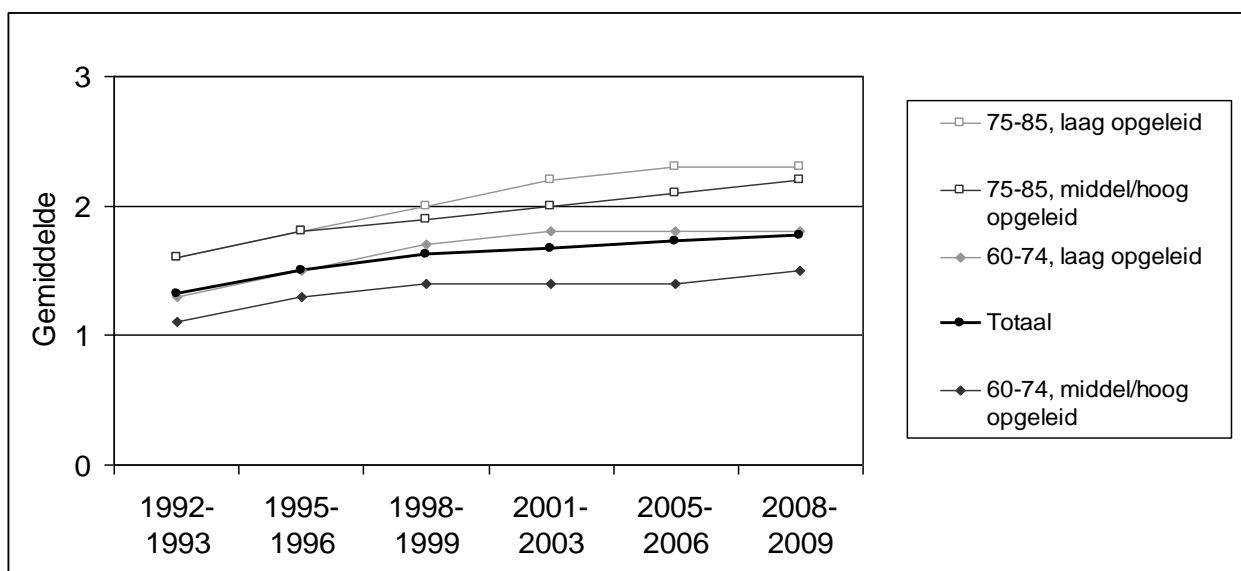
	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	1992-1993	1995-1996	1998-1999	2001-2003	2005-2006	2008-2009
	N=2648	N=2155	N=1789	N=1885	N=1689	N=1569
Gemiddeld aantal ziekten (sd)*	1,3 (1,2)	1,5 (1,3)	1,6 (1,3)	1,7 (1,3)	1,7 (1,3)	1,8 (1,4)
% met multimorbiditeit*	36,7	43,5	48,0	49,2	50,0	51,7

\* Gewogen naar leeftijd en geslacht.

Er werd een significante stijging van het aantal chronische ziekten gevonden (van gemiddeld 1,3 naar 1,8), tussen 1992 en 2009 ( $p < 0,001$ ). Ook nam het percentage personen met multimorbiditeit sterk toe, van 36,7% in 1992 naar 51,7% in 2009 ( $p < 0,001$ ). De sterkte van deze toename was verschillend voor geslacht, leeftijd en opleidingsniveau. Het blijkt dat de toename sterker was bij mannen vergeleken met vrouwen en bij oudere ouderen vergeleken met jongere ouderen (Figuur 1.1) ( $p < 0,05$ ). Ook was er een sterkere stijging bij lageropgeleiden in vergelijking met middelbaar of hoger opgeleiden (Figuur 1.2) ( $p < 0,05$ ).

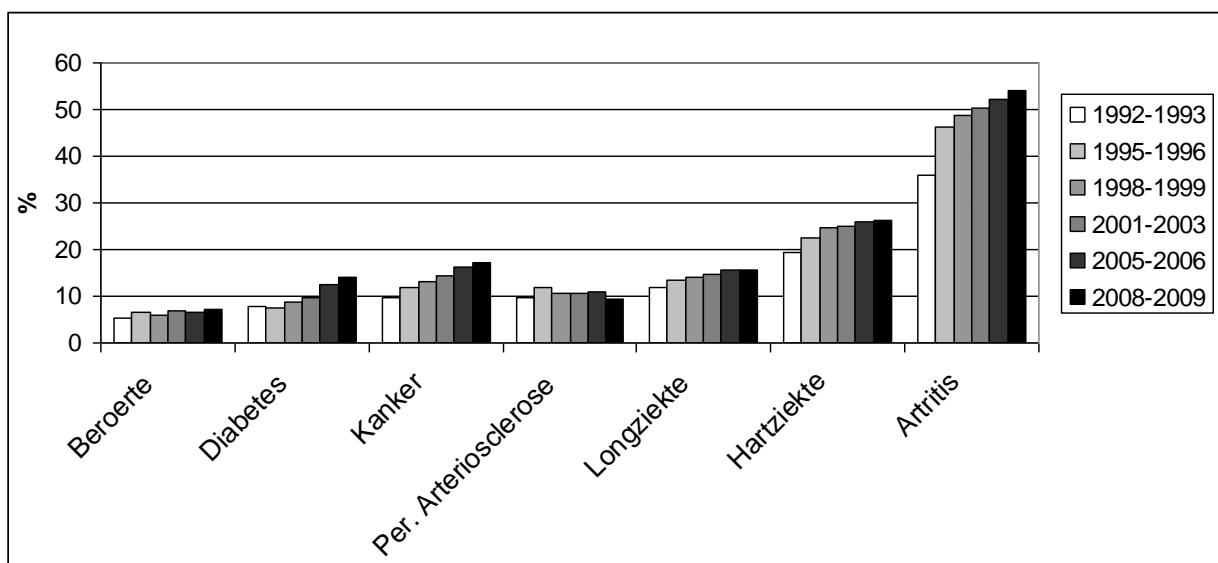


**Figuur 1.1. Gemiddeld aantal chronische ziekten, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht en gewogen naar leeftijd**



**Figuur 1.2. Gemiddeld aantal chronische ziekten, uitgesplitst naar leeftijd en opleidingsniveau en gewogen naar leeftijd en geslacht**

Figuur 1.3 toont de stijgende prevalentie van de verschillende typen ziekten. Alle typen ziekten laten een toename zien in de prevalentie gedurende de studieperiode ( $p < 0,01$ ), op perifere arteriosclerose na ( $p = 0,761$ ). De grootste toename werd gezien in de prevalentie van gewrichtsaandoeningen (artritis) (36,0% naar 54,2%), maar de prevalenties van diabetes en kanker lieten relatief de sterkste stijging zien (respectievelijk van 7,8 naar 14,1% en van 9,8 naar 17,2%).



**Figuur 1.3. Prevalentie van chronische ziekten, uitgesplitst naar type ziekte en gewogen naar leeftijd en geslacht**

*Prevalentie van lichamelijke beperkingen, 1992-2009*

De mate van lichamelijke beperking is bepaald met behulp van vragen over zes dagelijkse activiteiten: traplopen, zichzelf aan- en uitkleden, gaan zitten en opstaan uit een stoel, teennagels knippen, buitenshuis 5 minuten lopen zonder stilstaan en gebruikmaken van eigen of openbaar vervoer. De antwoordcategorieën waren 'nee, dat kan ik niet', 'ja, zonder moeite', 'ja, met moeite', 'alleen met hulp'. Respondenten die aangaven moeite te hebben met een of meerdere activiteiten, maar die wel in staat waren alle activiteiten zelfstandig te kunnen uitvoeren (dus zonder hulp) werden gecategoriseerd als 'licht beperkt'.

Respondenten die aangaven een of meerdere activiteiten niet zelfstandig te kunnen uitvoeren (eerste of laatste antwoordcategorie) werden gecategoriseerd als 'ernstig beperkt'.

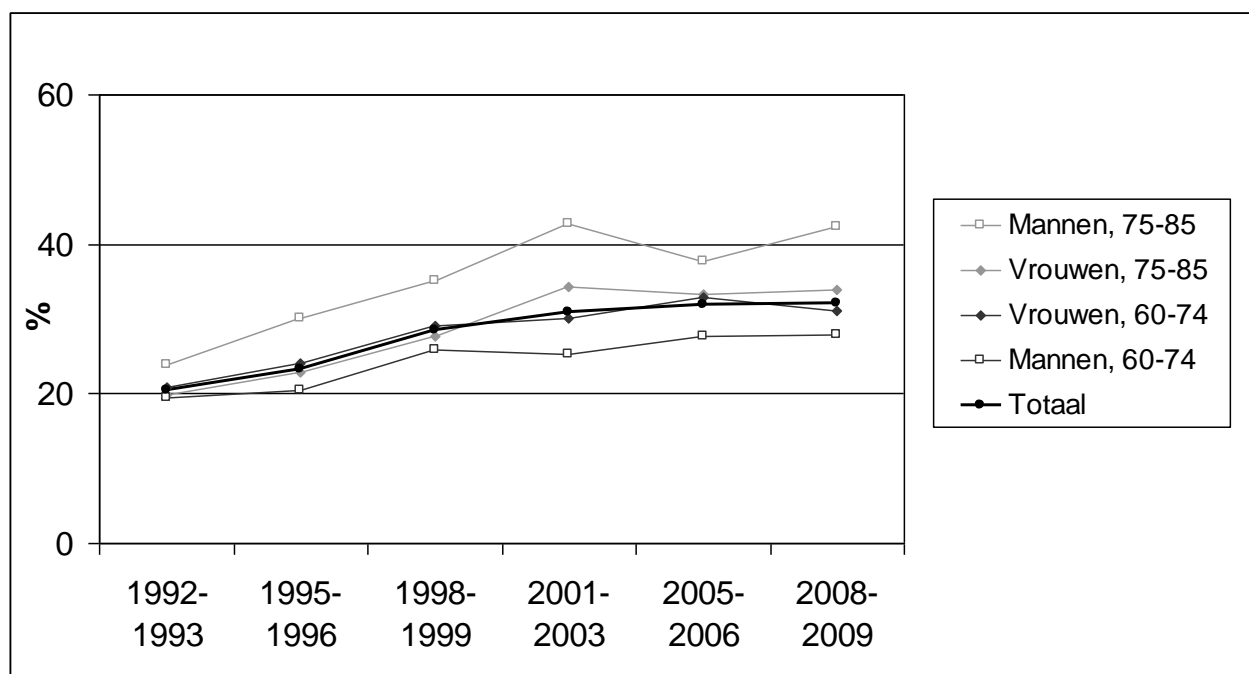
Het percentage ouderen dat moeite heeft met een of meerdere activiteiten, maar deze wel allemaal zelfstandig kan uitvoeren, is statistisch significant toegenomen van 20,5% in 1992 naar 32,1% in 2009 ( $p < 0,001$ ) (Tabel 1.3). Tegelijkertijd daalt het aandeel dat zonder moeite alle activiteiten uit kan voeren van 55,9% in 1992 naar 48,2% in 2009 ( $p < 0,001$ ). Het aandeel dat een of meerdere activiteiten niet zelfstandig kan uitvoeren daalt eveneens, van 23,5% in 1992 naar 19,7% in 2009 ( $p = 0,024$ ). Deze afname was echter niet meer statistisch significant wanneer rekening werd gehouden met een toename in opleidingsniveau ( $p = 0,556$ ). Hieruit kan geconcludeerd worden dat het toegenomen opleidingsniveau bij ouderen gepaard gaat met een afname in ernstige beperkingen.

**Tabel 1.3: Prevalentie van lichamelijke beperkingen, 1992-2009**

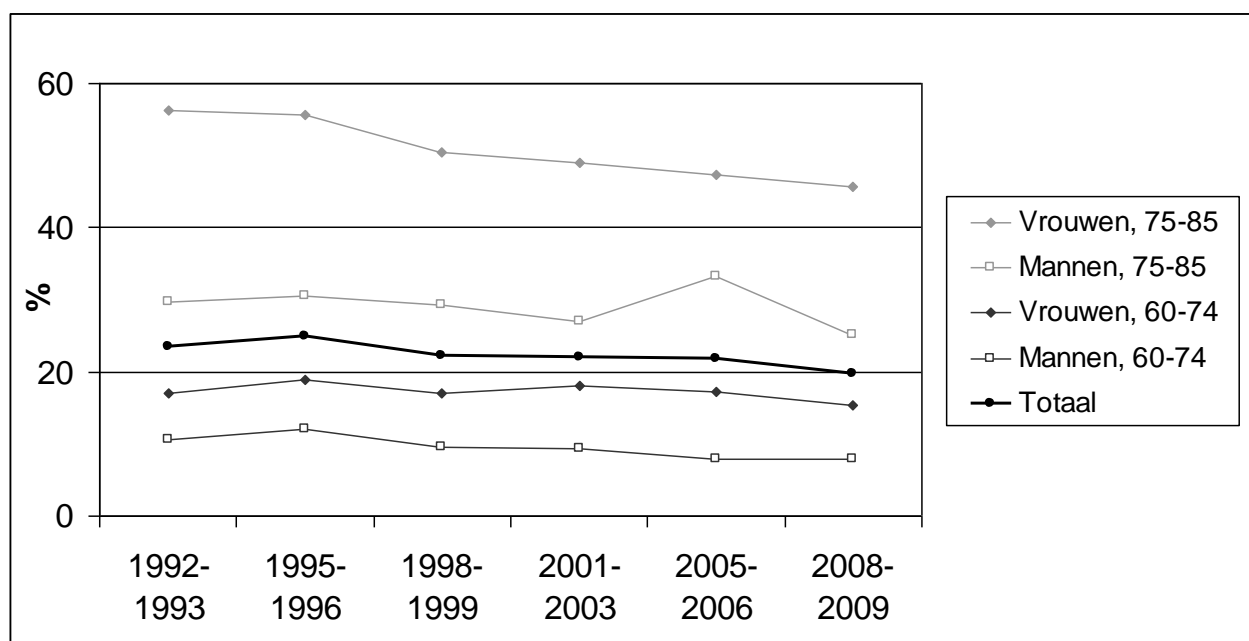
	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>T5</b>	<b>T6</b>
	<b>1992-1993</b>	<b>1995-1996</b>	<b>1998-1999</b>	<b>2001-2003</b>	<b>2005-2006</b>	<b>2008-2009</b>
	N=2648	N=2155	N=1789	N=1885	N=1689	N=1569
Lichamelijke beperkingen*						
% zonder beperkingen	55,9	51,8	49,3	47,1	46,3	48,2
% licht beperkt	20,5	23,3	28,5	30,9	31,9	32,1
% ernstig beperkt	23,5	24,9	22,2	22,0	21,8	19,7

\* Gewogen naar leeftijd en geslacht.

In figuur 1.4 en 1.5 worden trends in de prevalentie van lichte en ernstige beperkingen getoond, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht. Hoewel de mate van beperkt zijn sterk verschilt tussen de sociaaldemografische subgroepen, werden er voor mannen en vrouwen, voor leeftijdsgroepen of voor opleidingsniveau geen significant verschillende trends gevonden ( $p > 0,10$ ).

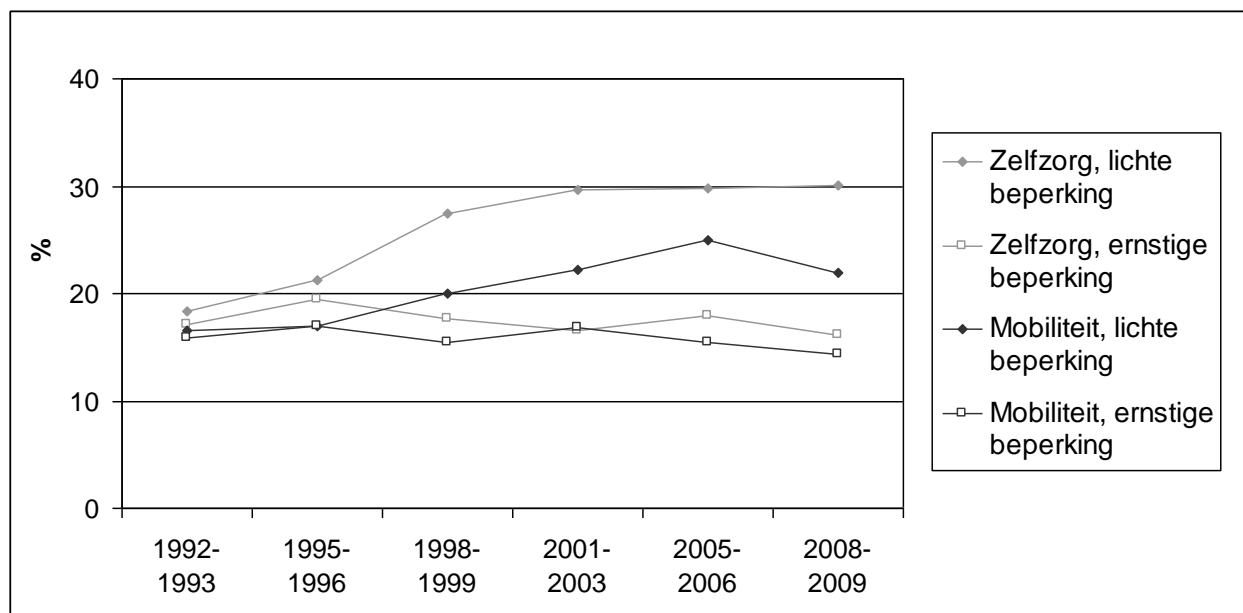


**Figuur 1.4. Prevalentie van lichte beperkingen, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht en gewogen naar leeftijd**



**Figuur 1.5. Prevalentie van ernstige beperkingen, uitgesplitst naar leeftijd en geslacht en gewogen naar leeftijd**

Omdat verschillende typen beperkingen mogelijk tot een andere zorgvraag leiden is ook gekeken naar een tweedeling in de gevraagde activiteiten. Onder *zelfzorg* wordt verstaan: zichzelf aan- en uitkleden, gaan zitten en opstaan uit een stoel en teennagels knippen. Onder *mobiliteit* vallen de activiteiten traplopen, buitenshuis 5 minuten lopen zonder stilstaan en gebruikmaken van eigen of openbaar vervoer. In beide categorieën is de prevalentie van lichte beperkingen toegenomen ( $p < 0,001$ ), het sterkst in zelfzorgactiviteiten (Figuur 1.6). De kleine afnames van ernstige beperkingen in zowel zelfzorg als mobiliteit waren net niet significant ( $p < 0,10$ ). Na toevoeging van opleidingsniveau werden p-waarden van respectievelijk 0,546 en 0,859 gevonden. Dit geeft aan dat, net als in de combinatie van beide type beperkingen, een eventuele afname in ernstige beperkingen (gedeeltelijk) is toe te schrijven aan het toegenomen opleidingsniveau.



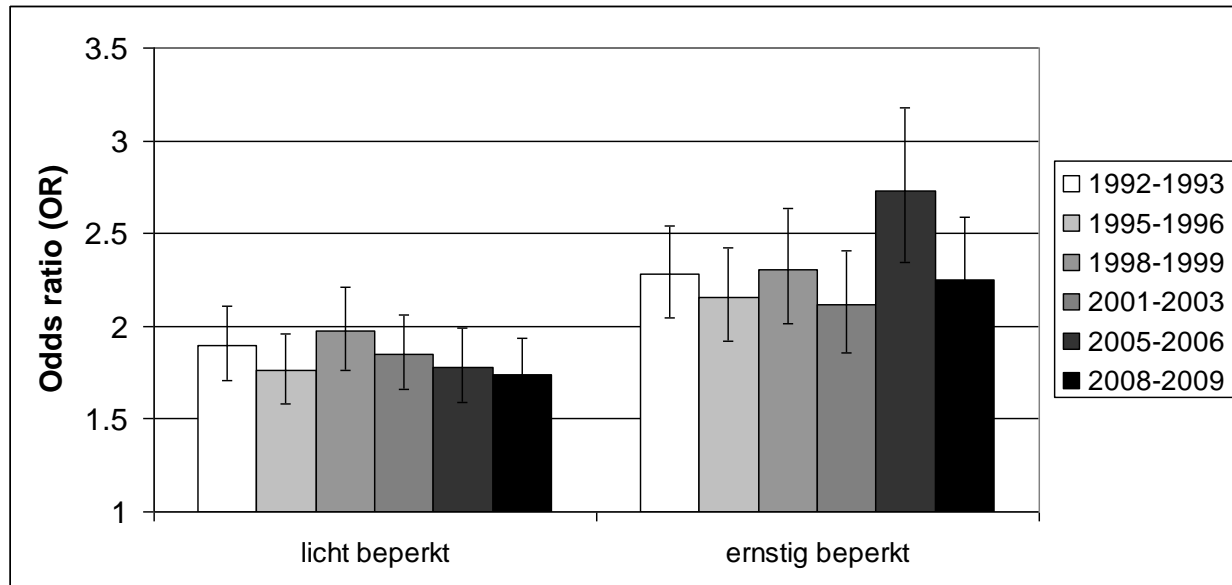
**Figuur 1.6. Prevalentie van lichte en ernstige beperkingen, uitgesplitst naar zelfzorg en mobiliteit**

#### *Leiden chronische ziekten minder vaak tot beperkingen?*

De stabiele trend in ernstige beperkingen in combinatie met de toegenomen prevalentie van chronische ziekten doet vermoeden dat chronische ziekten minder vaak tot ernstige beperkingen leiden. Figuur 1.7 laat voor ieder meetmoment de associatie zien tussen het aantal chronische ziekten en het hebben van een lichte of ernstige beperking. De odds ratio's (OR) zijn allen groter dan 1, wat aangeeft dat het hebben van meer chronische ziekten is geassocieerd met een grotere kans op het hebben van een beperking. Er werd echter geen significante verandering in deze associaties gevonden over de tijd ( $p > 0,10$ ). Dit



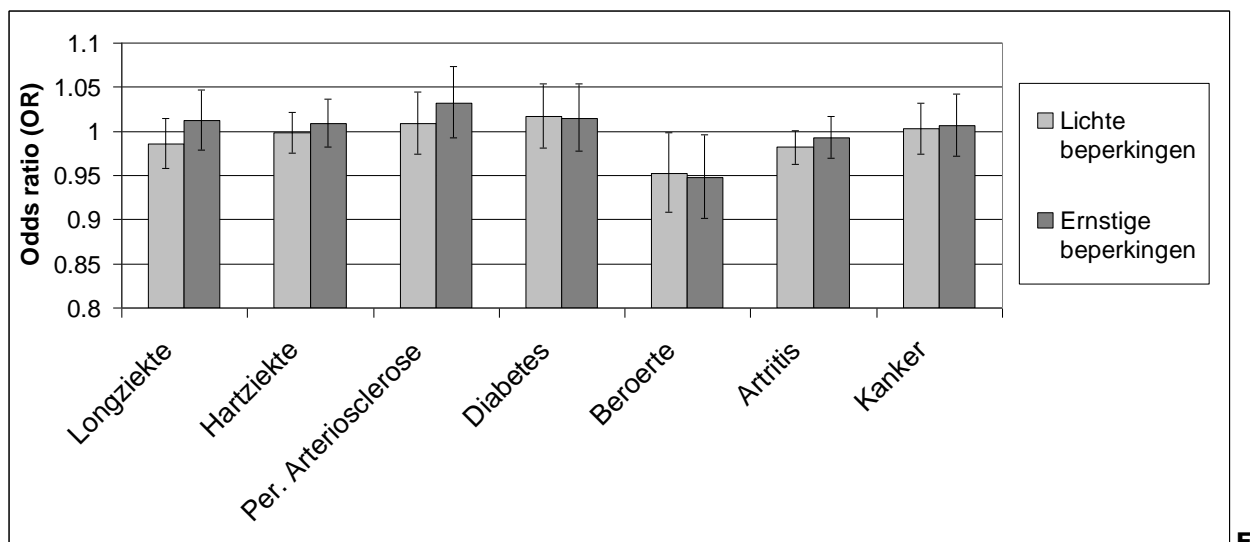
betekent dat gemiddeld genomen alle ziekten in 1992 even vaak tot een lichte of ernstige beperking leidden als in 2009. De hierboven getoonde toename in lichte beperkingen kan dus puur toegeschreven worden aan de toename in chronische ziekten.



**Figuur 1.7. De associatie tussen aantal chronische ziekten en het hebben van lichamelijke beperkingen**

De beperkende impact van verschillende typen ziekten kan echter sterk uiteenlopen, en hierin zouden ook verschillende trends zichtbaar kunnen zijn. Daarom zijn ook per type ziekte trends in de associaties met lichte en ernstige beperkingen weergegeven (Figuur 1.8). De odds ratio (OR) geeft het interactie-effect van tijd met de chronische ziekte weer, op lichte en ernstige beperkingen. Voor iedere ziekte is weergegeven of de samenhang met ernstige of lichte beperkingen per jaar sterker of juist minder sterk is geworden. Een odds ratio  $> 1$  of  $< 1$  geeft aan dat de associatie respectievelijk sterker of juist minder sterk wordt met ieder jaar van de studie. Er is in de analyses rekening gehouden met de toename in comorbide ziekten, omdat deze ook kunnen leiden tot een toename in beperkingen.

Voor een aantal ziekten werden er significante trends gevonden. Voor het hebben van een beroerte geldt dat dit minder vaak tot een lichte ( $OR = 0,952$ ;  $p < 0,05$ ) of ernstige ( $OR = 0,948$ ;  $p < 0,05$ ) beperking leidt. Gewrichtsaandoeningen leiden eveneens minder vaak tot een lichte beperking ( $OR = 0,982$ ;  $p < 0,10$ ). Mogelijk hebben betere behandelmogelijkheden geleid tot minder beperkingen bij mensen met een beroerte of met gewrichtsaandoeningen.



**figuur 1.8. De verandering in de associatie met lichamelijke beperkingen per jaar wordt weergegeven per ziekte**

#### 1.4 Resultaten: trends in welbevinden, 1992-2009

##### *Ervaren gezondheid*

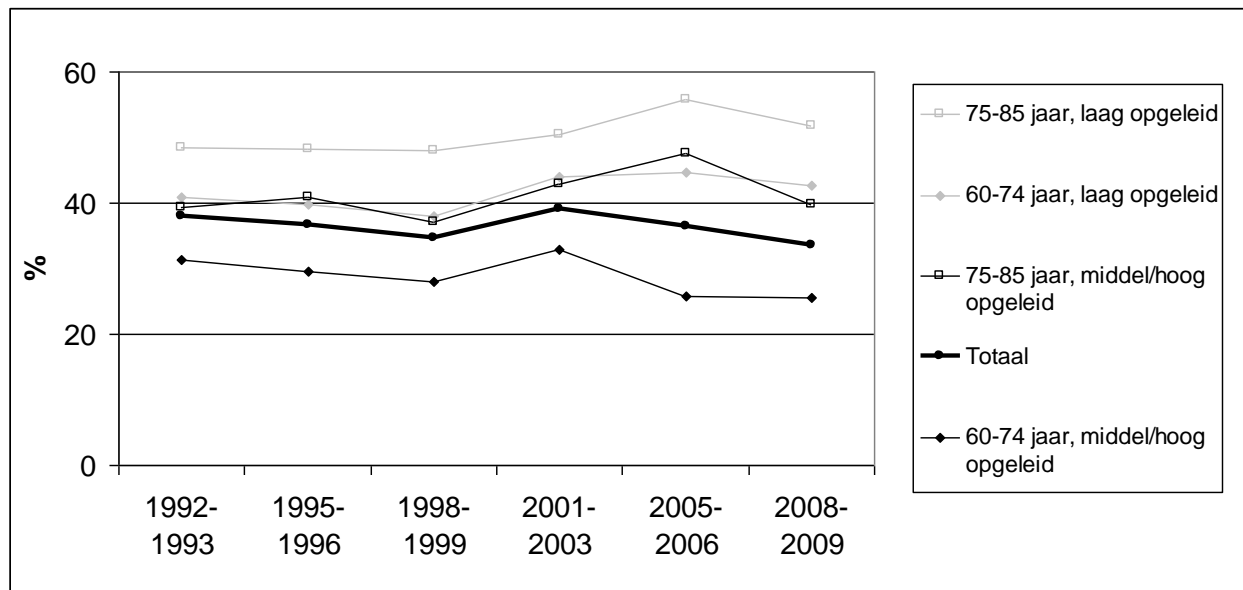
Het oordeel over de eigen gezondheid is onderzocht met de vraag 'hoe is over het algemeen uw gezondheidstoestand?' met als antwoordmogelijkheden 1. zeer goed, 2. goed, 3. gaat wel, 4. soms goed, soms slecht of 5. slecht (van Sonsbeek, 1991). Voor deze studie is gebruik gemaakt van een dichotomie: antwoordcategorieën 1 en 2 zijn gedefinieerd als 'goed' en antwoordcategorieën 3,4 en 5 als 'minder dan goed'.

Tabel 2.1 geeft voor ieder meetmoment de verdeling over de antwoordcategorieën weer. Bijna tweederde beoordeelt zijn of haar gezondheid als goed of zeer goed, wat in overeenstemming is met wat andere studies laten zien hebben (Deeg, 2009; Jürges et al., 2008). Tussen 1992 en 2009 is er een lichte daling waar te nemen in het percentage dat zijn of haar gezondheid als minder dan goed ervaart, maar deze is niet significant, nadat rekening wordt gehouden met leeftijd, geslacht en opleidingsniveau ( $p = 0,076$ ). Dit betekent dat gemiddeld genomen ouderen tussen de 60 en 85 hun gezondheid niet beter of slechter beoordeelden in 2009 dan in 1992. Onder oudere ouderen en lageropgeleiden nam echter het percentage met een minder dan goede ervaren gezondheid toe ( $p < 0,01$ ) (Figuur 2.1). Deze groepen zijn hun gezondheid dus slechter gaan beoordelen tussen 1992 en 2009. Er werden geen verschillende trends gevonden voor mannen en vrouwen.

**Tabel 2.1: Ervaren gezondheid, 1992-2009**

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	1992-1993	1995-1996	1998-1999	2001-2003	2005-2006	2008-2009
	N=2648	N=2155	N=1789	N=1885	N=1689	N=1569
Ervaren gezondheid*						
% Zeer goed	13,1	11,8	10,2	13,4	11,5	13,4
% Goed	48,9	51,5	55,2	47,5	52,1	53,0
% Gaat wel	25,0	23,3	24,2	24,8	24,5	22,3
% Soms goed, soms slecht	10,4	10,0	8,1	11,6	9,4	8,6
% Slecht	2,7	3,5	2,3	2,8	2,6	2,7

\* Gewogen naar leeftijd en geslacht.



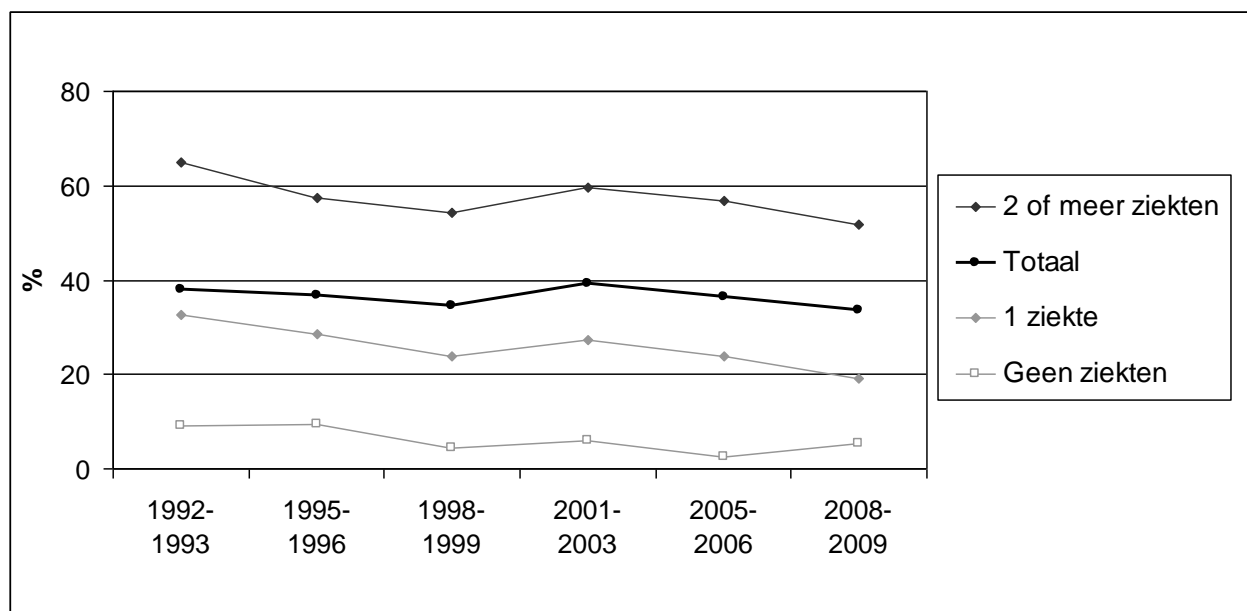
**Figuur 2.1. Prevalentie van een als *minder dan goed* ervaren gezondheid, uitgesplitst naar leeftijd en opleidingsniveau en gewogen naar leeftijd en geslacht**

*Leiden beperkingen en chronische ziekten minder vaak tot een minder goede ervaren gezondheid?*

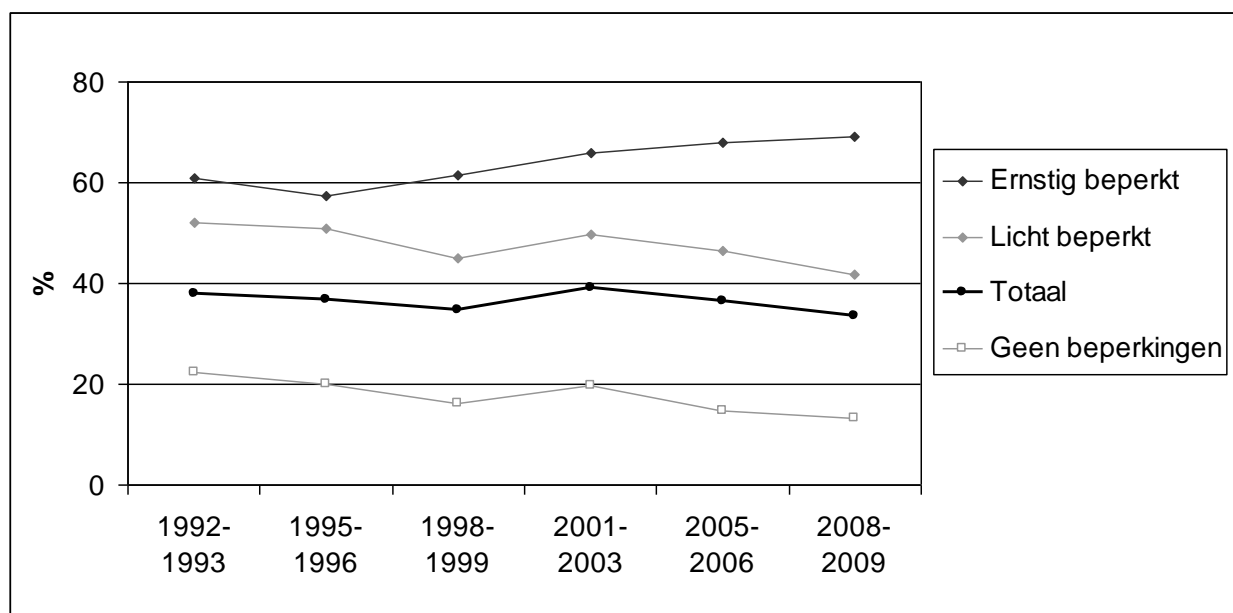
Dat de ervaren gezondheid gemiddeld genomen stabiel is gebleven is opmerkelijk, gezien de toename in chronische ziekten en in de prevalentie van lichte beperkingen. Mogelijk is de samenhang van ziekten en beperkingen met de subjectieve gezondheidsbeleving veranderd over de tijd. De figuren 2.2 en 2.3 laten het percentage ouderen met een als minder dan goed ervaren gezondheid zien, uitgesplitst naar niveau van ziekten en beperkingen. De meeste groepen laten een verbeterende trend zien ( $p < 0,05$ ), behalve de ouderen met een of meer beperkingen. Ouderen met een ernstige beperking beoordelen hun gezondheid in

2009 zelfs slechter dan ouderen in 1992 ( $p < 0,001$ ), hoewel de laatste dezelfde mate van beperking hadden. Dit geeft mogelijk aan waarom de oudste ouderen en lageropgeleiden een minder goede ervaren gezondheid hebben in 2009 vergeleken met eerdere jaren (Figuur 2.1), want juist in deze groepen kwamen de meeste ernstige beperkingen voor.

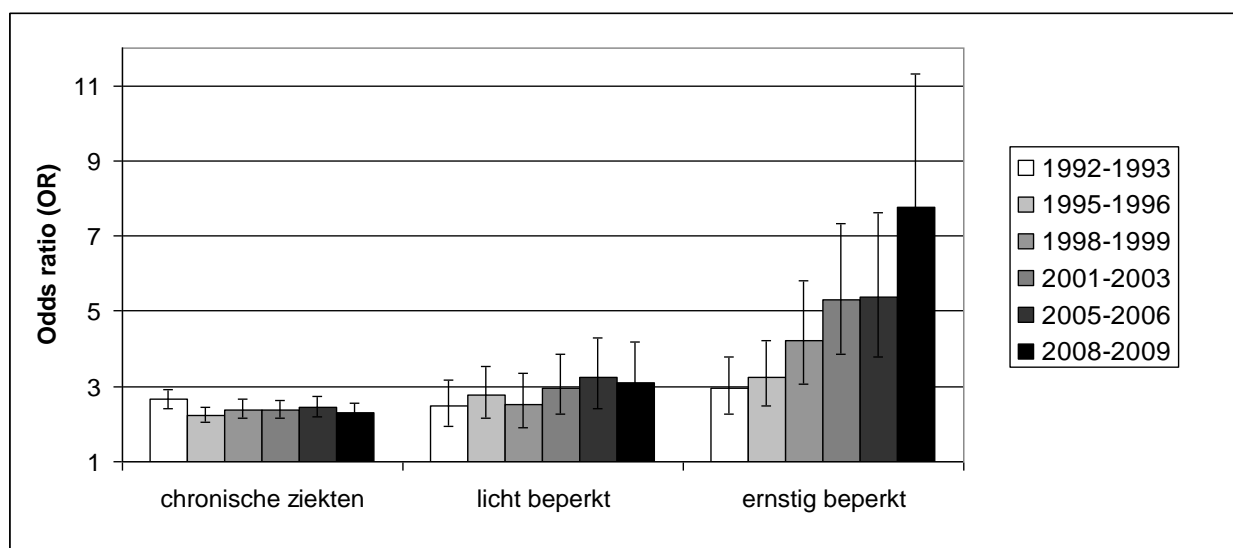
De odds ratios in Figuur 2.4 geven voor iedere meetronde de kans op een als minder dan goed ervaren gezondheid bij (1) meerdere chronische ziekten, (2) licht vs. niet beperkt zijn en (3) ernstig vs. niet beperkt zijn. Deze analyse bevestigt het beeld uit figuur 2.3 dat er een duidelijk sterker wordende samenhang is tussen het hebben van een ernstige beperking en het ervaren van een slechtere gezondheid ( $p < 0,001$ ). Verder is er een verzwakte samenhang tussen chronische ziekten en een als minder dan goed ervaren gezondheid, ook al is deze bevinding minder prominent ( $p < 0,05$ ). Uit deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat ouderen tussen 1992 en 2009 meer belang zijn gaan hechten aan het hebben van een ernstige beperking, en iets minder aan het hebben van een chronische ziekte, wanneer gevraagd wordt naar een oordeel over de eigen gezondheid.



**Figuur 2.2. Prevalentie van een als minder dan goed ervaren gezondheid, uitgesplitst naar niveau van ziekten en gewogen naar leeftijd en geslacht**



**Figuur 2.3. Prevalentie van een als minder dan goed ervaren gezondheid, uitgesplitst naar niveau van beperkingen en gewogen naar leeftijd en geslacht**



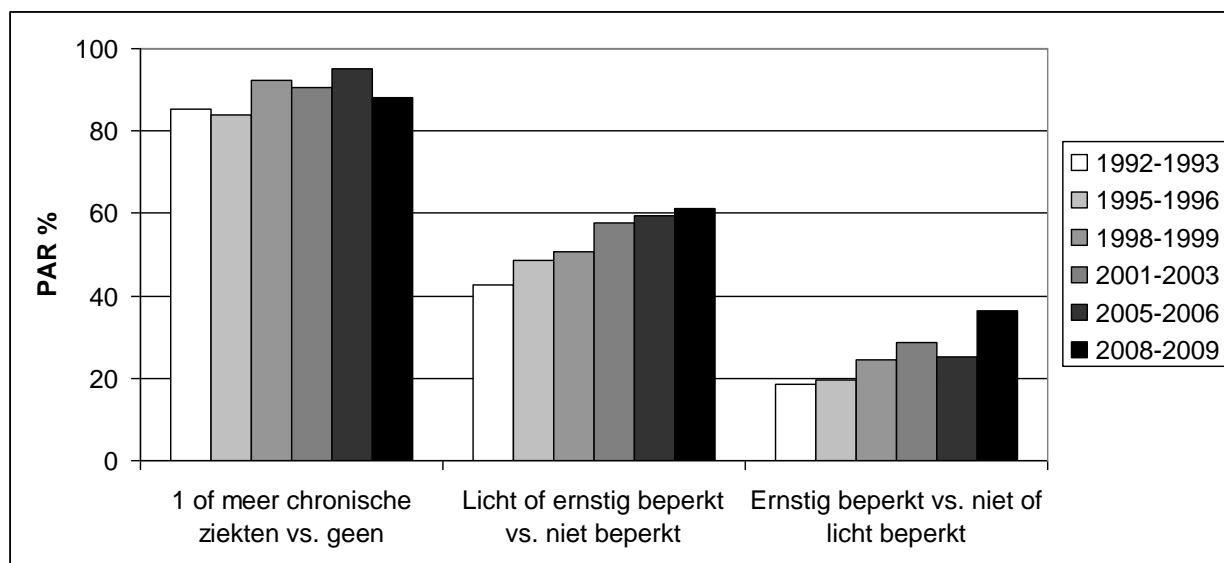
**Figuur 2.4. De associatie tussen chronische ziekten en lichamelijke beperkingen en het hebben van een minder dan goede ervaren gezondheid**

Om te onderzoeken wat nu precies de consequenties van veranderingen in ziekten en beperkingen zijn voor het vóórkomen van een slechte ervaren gezondheid bij ouderen, is inzicht in de verhouding tussen enerzijds de verandering in de prevalenties van chronische ziekten en beperkingen, en anderzijds de verandering in hun impact op ervaren gezondheid

belangrijk. Het populatie attributief risico (PAR) geeft de proportie weer van een bepaalde uitkomst, in dit geval een als minder dan goed ervaren gezondheid, dat kan worden toegeschreven aan bepaalde risicofactoren, in dit geval chronische ziekten en beperkingen. Wanneer bijvoorbeeld de PAR voor chronische ziekten op een slechte ervaren gezondheid 80% is, zou het elimineren van alle chronische ziekten leiden tot een afname van 80% in het aandeel ouderen met een minder dan goede ervaren gezondheid.

Figuur 2.5 geeft de PAR's weer voor chronische ziekten en beperkingen. De verschillende PAR's komen samen uit op meer dan 100% omdat ouderen met chronische ziekten meestal ook beperkingen hebben (Rowe et al., 2004). Hiervoor corrigeren zou echter geen goed beeld geven van het werkelijke effect van chronische ziekten. De ervaren gezondheid kan in alle jaren voor een groot deel toegeschreven worden aan chronische ziekten en hun gevolgen. Hieruit blijkt dus dat de kleinere impact van chronische ziekten op de ervaren gezondheid die we vonden niet opweegt tegen de toegenomen prevalentie van chronische ziekten.

Verder blijkt uit de figuur dat de proportie met een als minder dan goed ervaren gezondheid in toenemende mate kan worden toegeschreven aan beperkingen. Dit betekent dat er in 2009 meer beperkingen geëlimineerd zouden moeten worden in de ouderenpopulatie dan in 1992 om te voorkomen dat ouderen een slechtere ervaren gezondheid hebben. Voor ernstige beperkingen is dit waarschijnlijk te wijten aan de sterkere relatie met ervaren gezondheid; voor lichte beperkingen aan de toegenomen prevalentie.



**Figuur 2.5. Populatie attributief risico (PAR) voor het hebben van een *minder dan goede* ervaren gezondheid**

*Regie*

Het concept 'regie' komt overeen met het al langer bestaande onderzoeksconcept 'sense of mastery', dat is gedefinieerd als "de mate waarin een individu zichzelf ervaart als greep te hebben op gebeurtenissen en situaties, als tegenstelling tot de ervaring dat zijn/haar leven door het toeval of door andere personen wordt geregeerd" (Pearlin en Schooler, 1978). In LASA wordt de schaal van Pearlin & Schooler (1978) gebruikt, d.w.z. 'sense of mastery', of kortweg 'mastery'. De vragen in de LASA-masteryschaal luiden als volgt:

- Ik heb weinig controle over de dingen die me overkomen.
- Sommige van mijn problemen kan ik met geen mogelijkheid oplossen.
- Er is weinig dat ik kan doen om belangrijke dingen in mijn leven te veranderen.
- Ik voel me vaak hulpeloos bij het omgaan met de problemen van het leven.
- Soms voel ik dat ik een speelbal van het leven ben.
- Ik kan ongeveer alles als ik mijn zinnen erop gezet heb.
- Wat in de toekomst gebeurt, hangt voor het grootste deel van mezelf af.

De eerste vijf vragen zijn negatief geformuleerd, de laatste twee positief. Schaalanalyse laat zien dat de laatste twee niet goed in de schaal passen, en daarom worden deze niet gebruikt (Gadalla, 2009). De antwoordcategorieën die in LASA worden gehanteerd luiden: 1.

helemaal mee oneens 2. mee oneens 3. noch mee eens noch mee oneens 4. mee eens 5.

helemaal mee eens. Omdat mastery een positief begrip is, worden voor de analyses de antwoordcategorieën omgedraaid, zodat mensen die het met de stellingen eens zijn, laag scoren en mensen die het met de stellingen oneens zijn, hoog scoren. De antwoorden op de vijf items worden opgeteld, zodat de schaal loopt van 5 tot 25.

LASA-respondenten die op een of meerdere meetmomenten telefonisch zijn geïnterviewd, of bij wie alleen een verkort interview is afgenomen, zijn voor die momenten niet meegenomen in de analyses, omdat bij hen de mastery-vragenlijst niet is afgenomen.

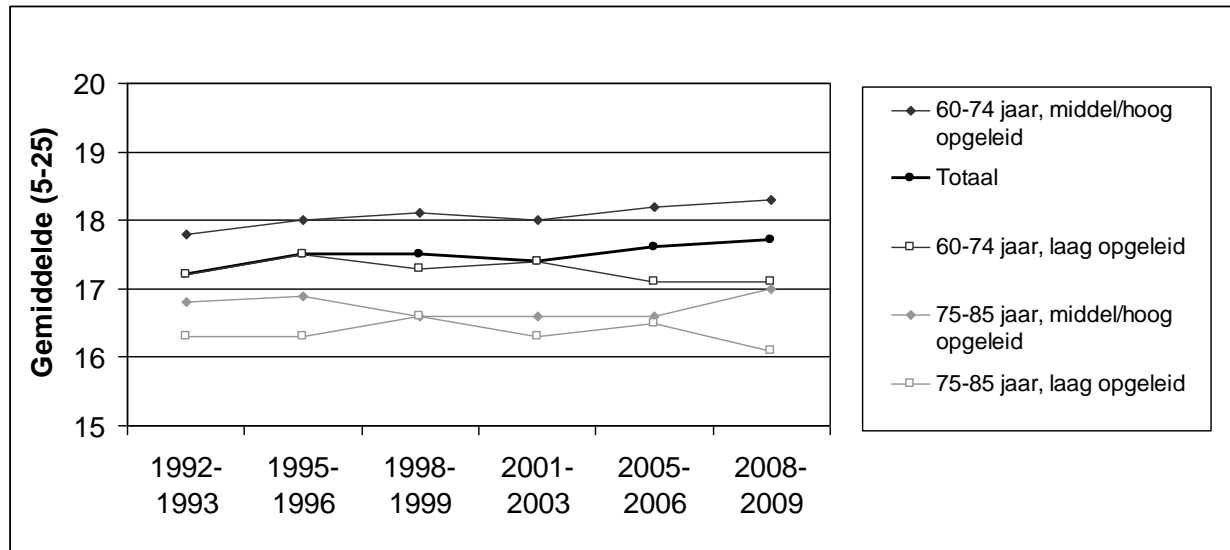
#### *Trends in regie, 1992-2009*

De hele steekproef laat een bescheiden toename zien in gevoel van regie (van gemiddeld 17,2 naar 17,7;  $p < 0.05$ ), tussen 1992 en 2009 (Tabel 2.2). Deze toename kan gedeeltelijk worden toegeschreven aan het toegenomen aantal jaren opleiding dat ouderen genoten hebben: na toevoeging van opleidingsniveau aan het model was de toename in regie niet meer significant. Verder blijkt, na opsplitsing voor leeftijd en opleidingsniveau, dat de toename in regie alleen significant is bij jongere ouderen en middelbaar/hoger opgeleiden ( $p < 0,01$ ) (Figuur 2.6). Uit de figuur blijkt tevens dat oudere ouderen en lager opgeleiden op alle meetmomenten het minste gevoel van regie hebben.

**Tabel 2.2: Gevoel van regie, 1992-2009**

	T1	T2	T3	T4	T5	T6
	1992-1993	1995-1996	1998-1999	2001-2003	2005-2006	2008-2009
	N=2648	N=2155	N=1789	N=1885	N=1689	N=1569
Gemiddelde regie score (sd)*	17,2 (3,3)	17,5 (3,3)	17,5 (3,4)	17,4 (3,4)	17,6 (3,4)	17,7 (3,4)

\*Gewogen naar leeftijd en geslacht.

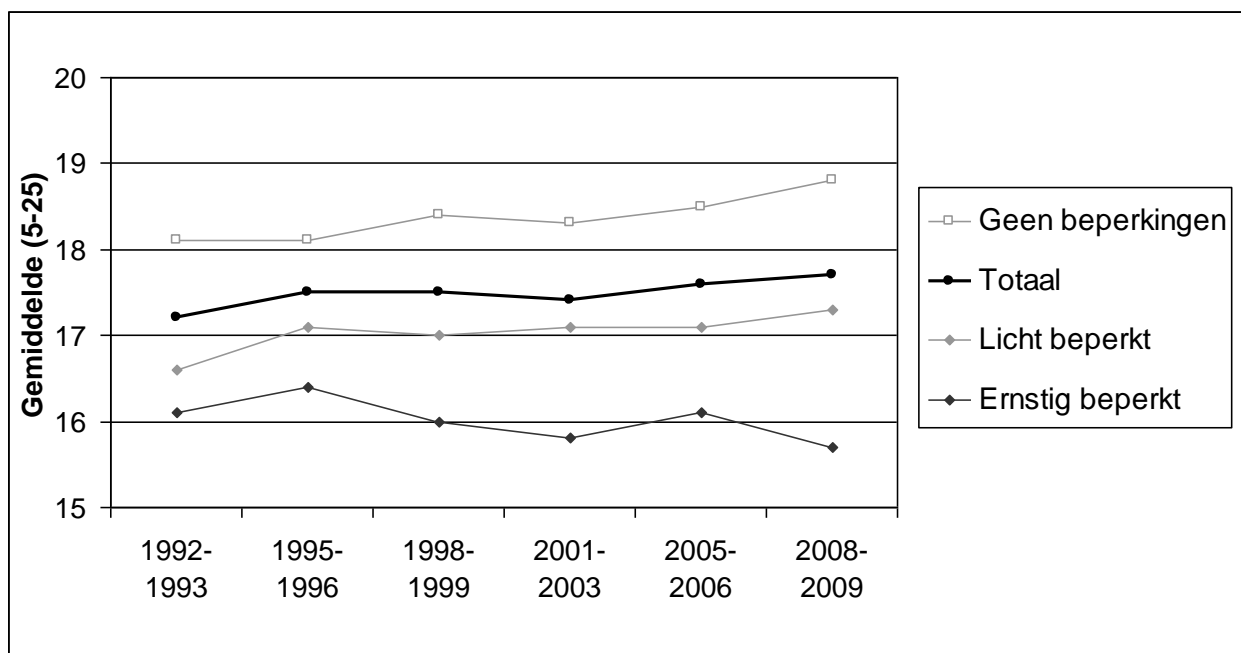
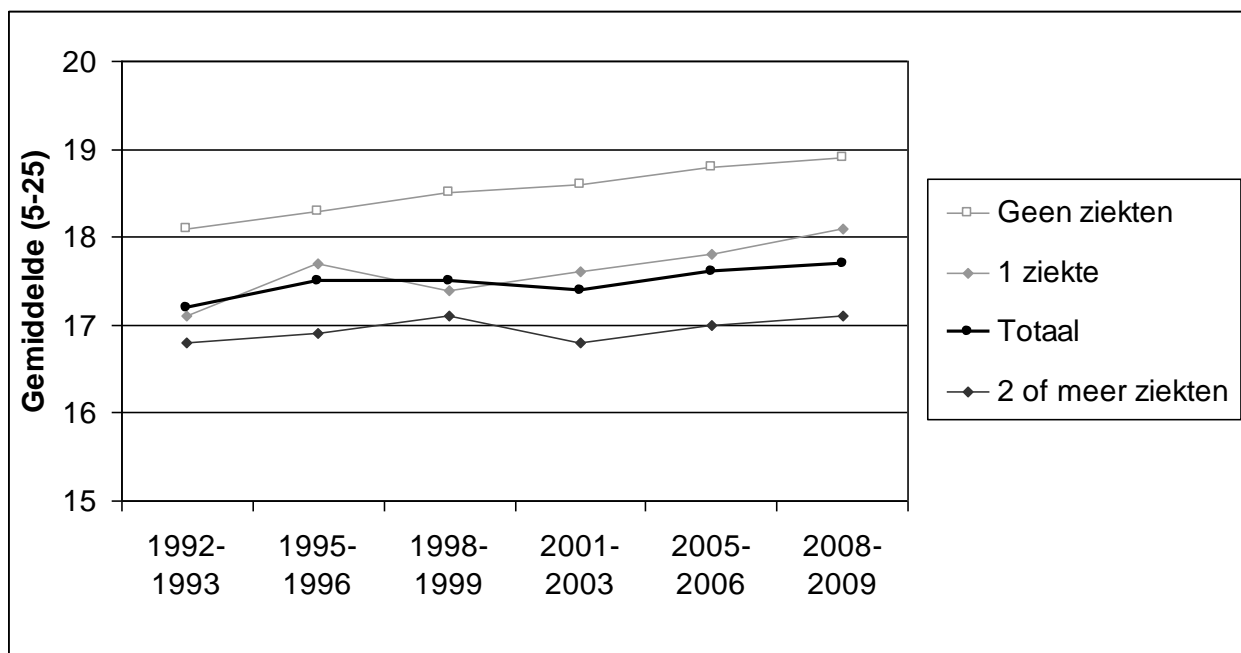


**Figuur 2.6. Gemiddelde regiescore, 1992-2009. Uitgesplitst naar leeftijd en opleidingsniveau en gewogen naar leeftijd en geslacht.**

*Wat is de invloed van beperkingen en chronische ziekten op regie?*

Figuur 2.7 toont de scores voor gevoel van regie voor verschillende groepen op basis van ziekten en beperkingen. Ouderen zonder ziekten of beperkingen hebben het meeste gevoel van regie. Ook laten ouderen zonder ziekten ( $p < 0,10$ ), zonder beperkingen ( $p < 0,01$ ) of met maar één chronische ziekte ( $p < 0,01$ ) een toename van regie zien tussen 1992 en 2009. Ouderen met 2 of meer ziekten laten een stabiele trend zien. Echter, wanneer over de verschillende studie jaren ouderen met een ernstige beperking vergeleken worden, blijkt dat zij in 2009 minder gevoel van regie hebben dan in 1992 ( $p < 0,01$ ). Juist die groep ouderen die waarschijnlijk het meest baat zou hebben bij een voldoende gevoel van regie, omdat zij meer zorg nodig hebben, laten dus een verslechterende trend zien.



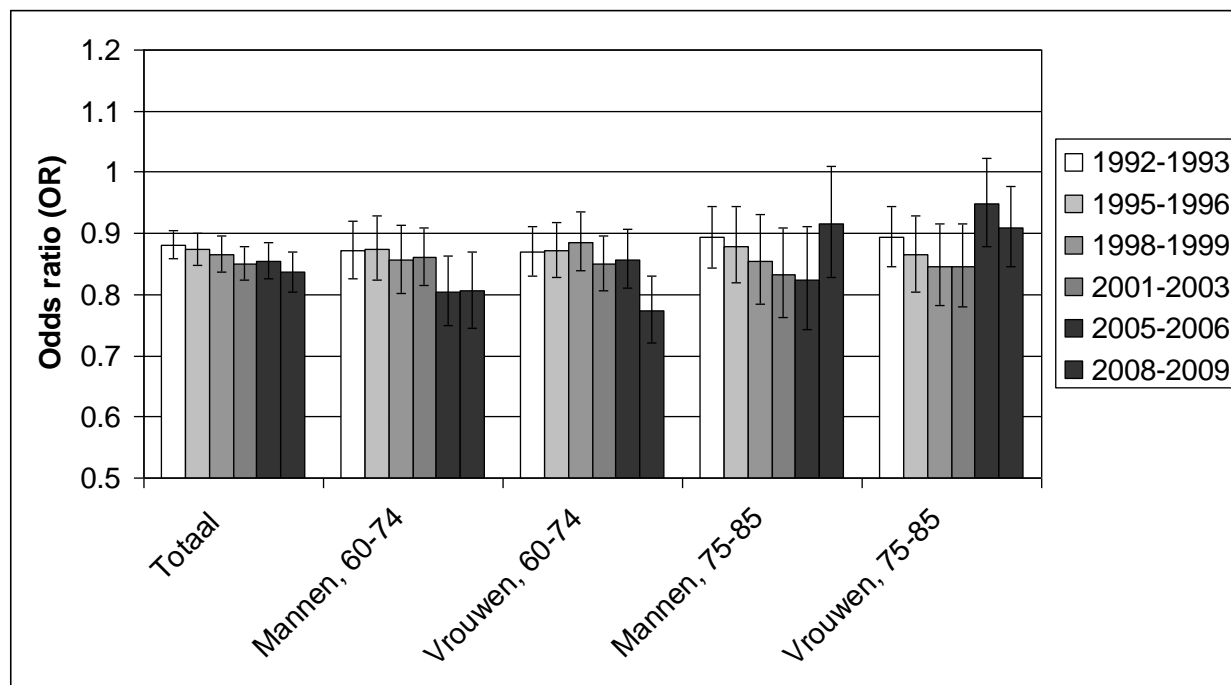


**Figuur 2.7. Gemiddelde regiescore, uitgesplitst naar niveau van ziekten en beperkingen en gewogen naar leeftijd en geslacht**

*Hangt de trend in regie samen met de trend in ervaren gezondheid?*

Er is een significante associatie tussen ervaren gezondheid en het gevoel van regie (Figuur 2.8). De odds ratios kleiner dan 1 geven een negatieve relatie aan, wat in het geval van regie betekent dat de kans op een als minder dan goed ervaren gezondheid groter wordt bij een lagere regie. Figuur 2.8 laat ook zien dat de relatie enigszins sterker wordt (de OR komt

verder van de 1 te liggen) tussen 1992 en 2009. Deze trend was significant bij mannen, jongere ouderen en bij middelbaar of hoger opgeleide ouderen ( $p < 0,10$ ). Een lager gevoel van regie bij ouderen leidt in 2009 dus vaker tot een als minder dan goed ervaren gezondheid dan in 1992.



**Figuur 2.8. Trend in de samenhang tussen regie en een als minder dan goed ervaren gezondheid**

## **2.7 Trends in gezondheid en welbevinden: overzicht van de belangrijkste resultaten**

Met behulp van gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam werd aangetoond dat bij ouderen in de leeftijd van 60-85 het aantal chronisch zieken is toegenomen tussen 1992 en 2009. Ook werd gevonden dat deze toename gepaard is gegaan met een toename in het aantal ouderen met een lichte beperking, zowel in zelfzorg als in mobiliteit. Een toename in de prevalentie van ernstige beperkingen is echter uitgebleven. Het toegenomen opleidingsniveau lijkt hier een rol in te spelen.

Ondanks de geobserveerde veranderingen in gezondheid is het aantal mensen dat hun gezondheid als minder dan goed ervaart stabiel gebleven. Dit kan onder andere verklaard worden doordat ervaren gezondheid gedurende de studieperiode sterker bepaald werd door ernstige beperkingen en minder sterk door het hebben van een chronische ziekte. Het gevoel van regie is gemiddeld genomen gestegen in de ouderenpopulatie; deze toename kon gedeeltelijk worden toegeschreven aan het toegenomen opleidingsniveau.

Analyses in verschillende subgroepen toonden aan dat lageropgeleiden en oudere ouderen de slechtste trends in gezondheid lieten zien. Ook bleek dat alleen jongere ouderen, en ouderen zonder multimorbiditeit of lichamelijke beperkingen een groter gevoel van regie hebben ontwikkeld. Het aantal ouderen met lichte beperkingen neemt in aantal toe, en hun gevoel van regie is niet veranderd. Echter, ouderen met ernstige beperkingen ervaren minder regie in 2009, vergeleken met 1992. Ook ervaren ouderen met ernstige beperkingen hun gezondheid vaker als minder dan goed.

## **Bijlage 1 Methode voor het bepalen van trends in gezondheid en welbevinden**

Voor het bepalen van een statistisch significante trend in de indicatoren van gezondheid en welbevinden werd Generalized Estimating Equations (GEE) toegepast (Twisk, 2003). Deze regressie-analyse corrigeert met behulp van een vooraf gespecificeerde correlatiematrix voor de afhankelijkheid van de uitkomstmaat binnen individuen, zoals het geval is bij herhaalde metingen in de LASA-steekproef. Deze correlatiematrix geeft de correlaties weer tussen de uitkomsten in jaar 0,3,6,9,13, en 16 en hiermee wordt rekening gehouden in het regressiemodel.

Om trends te bepalen werd een model opgesteld voor iedere uitkomstmaat, met leeftijd, geslacht en opleidingsniveau als covariaten, en de tijdvariabele (0,3,6,9,13 en 16 jaar) als voorspellende variabele.

Voor het bepalen van trends in associaties werden de voorspellende variabele, de tijdvariabele en een interactieterm van de voorspellende variabele\*tijd aan het model toegevoegd. Bijvoorbeeld: een trend in de associatie tussen chronische ziekten en ervaren gezondheid werd bepaald door (1) aantal chronische ziekten, (2) tijd en (3) chronische ziekten\*tijd toe te voegen aan het model met ervaren gezondheid als uitkomstmaat.



## **DEEL II. Het belang dat ouderen hechten aan zelfredzaamheid en de relatie met zorggebruik**

### **2.1 Inleiding**

Het advies van de Gezondheidsraad uit 2009 (Gezondheidsraad, 2009) bevat een pleidooi voor het bevorderen van de zelfredzaamheid bij ouderen in het kader van functioneringsgerichte preventie, naast preventie van ziekte. Bij functioneringsgerichte preventie staat het behoud van zelfredzaamheid centraal en wordt vooral gericht op het in een vroeg stadium opsporen en behandelen van beperkingen en het versterken van de eigen mogelijkheden om de zelfredzaamheid te behouden en te bevorderen en niet ziektegebonden determinanten van functiebeperkingen weg te nemen (Gezondheidsraad 2009: 85). Zowel professionals als de ouderen zelf zouden zich meer bewust moeten zijn van de invloed die ouderen zelf kunnen hebben op hun functioneren. Professionals zouden proactief moeten handelen door voortijdig in te spelen op een dreigend verlies van zelfredzaamheid bij ouderen.

Het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid is niet hetzelfde als ervaren regie zoals in Deel 1 van deze achtergrondstudie is onderzocht. Ervaren regie is de mate waarin een individu zichzelf ervaart als greep te hebben op gebeurtenissen en situaties. Het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid is niet de ervaring, maar een attitude ten aanzien van de mate waarin men greep wenst te hebben op gebeurtenissen. Het belang dat een oudere aan zelfredzaamheid hecht zou mogelijk mede bepalen of, hoeveel en wanneer hulp en zorg wordt ingezet bij een afname van zijn/haar gezondheid.

Er is echter nog niet veel bekend hoe ouderen zelf over het behoud van zelfredzaamheid denken, noch over in hoeverre het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid een rol speelt in het zorggebruik van ouderen. In de schaarse wetenschappelijke artikelen over zelfredzaamheid wordt zelfredzaamheid doorgaans als afhankelijke variabele beschouwd, als indicator voor de behoefte aan zorg (bv. Cunningham et al., 1993 en Davies et al., 1997). Het belang dat ouderen hechten aan zelfredzaamheid als determinant voor zorggebruik is voor zover bekend niet eerder onderzocht. In de LASA-studie zijn gegevens beschikbaar over het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid. Hiermee kan worden bestudeerd hoe ouderen over het algemeen denken

over zelfredzaamheid, en hoe zich dit verhoudt met daadwerkelijke zelfredzaamheid: het gebruik van zorg, en het ervaren van (gezondheids) beperkingen.

In dit deel van de studie wordt onderzocht in welke mate ouderen zelf belang hechten aan zelfredzaamheid, en in hoeverre dit samenhangt met leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, en gezondheidskenmerken (onderzoeksvraag 4). Ten slotte zal het belang van het behoud van zelfredzaamheid bij ouderen en de samenhang met het zorggebruik bij ouderen worden bestudeerd (onderzoeksvraag 5).

## **2.2 De steekproef**

Voor dit deel van het onderzoek werden zelfstandig wonende ouderen geselecteerd uit de twee meest recente metingen (LASA 2005-2006 en LASA 2008-2009) omdat alleen in deze metingen het belang dat ouderen hechten aan zelfredzaamheid is gemeten. De vragen over het belang van zelfredzaamheid zijn gesteld in een schriftelijke vragenlijst, die naast het mondeling interview wordt afgenomen. Van de 1851 zelfstandig wonende ouderen uit de 2005-2006 meting waren er 1446 die deze schriftelijke vragenlijst hadden ingevuld en van wie tevens het zorggebruik en gezondheidstoestand drie jaar later (LASA 2008-2009) bekend was. In 2008-2009 waren er 1412 zelfstandig wonende ouderen van wie gegevens over het belang aan zelfredzaamheid, de gezondheidstoestand en het zorggebruik bekend zijn. Ouderen die de schriftelijke vragenlijst niet hadden ingevuld en van wie daardoor gegevens over het belang aan zelfredzaamheid ontbreken, waren ouder (gem. 76,9 (SD 9,30) versus 72,5 (SD 8,1) jaar,  $p < 0,001$ ), hadden meer lichamelijke beperkingen (gem. 1,8 (SD 1,0) versus 1,4 (SD 0,7),  $p < 0,001$ ) en meer cognitieve problemen (gem. MMSE score 25,6 (SD 3,8) versus 27,8 (SD 2,2),  $p < 0,001$ ) dan de ouderen van wie deze gegevens wel bekend waren<sup>1</sup>. Dit duidt erop dat een deel van de meest kwetsbare ouderen niet in deze steekproef vertegenwoordigd zijn.

## **2.3 De onderzochte variabelen**

Voor dit deel van de studie is de onderlinge samenhang van het belang van zelfredzaamheid, persoonskenmerken, gezondheidskenmerken en het zorggebruik in kaart gebracht. Hoe de verschillende variabelen zijn gemeten wordt in deze sectie nader beschreven.

---

<sup>1</sup> Deze gegevens zijn gebaseerd op de uitval in de 2008-2009 meting.

### *Het belang van zelfredzaamheid*

In de 2005-2006 en 2008-2009 metingen is het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid gemeten met een 16-item versie van de 'meta-memory in adulthood achievement subscale' (Dixon et al., 1983; Dixon et al., 1984), bewerkt door Auman et al (Auman et al., 2005), in een schriftelijke vragenlijst. De 16 items zijn:

1. Het is voor mij belangrijk om in staat te zijn dingen voor mezelf te doen
2. Ik vind dat voor mezelf kunnen zorgen iets is om trots op te zijn
3. Het soort me wanneer anderen merken dat ik niet voor mezelf kan zorgen
4. Het zou fijn zijn om zelfstandig te kunnen wonen, maar het is niet erg belangrijk
5. Het soort me niet wanneer ik niet in staat ben een taak zelf te doen
6. Ik vind het belangrijk om te werken aan het behoud van mijn zelfstandigheid
7. Ik doen mijn best om mijn vermogen om zelfstandig te functioneren te verbeteren.
8. Ik heb bewondering voor mensen die zelfstandig wonen
9. Mijn vrienden merken vaak mijn zelfredzaamheid op
10. Ik merk vaak de zelfredzaamheid van mijn vrienden op
11. Het is belangrijk dat ik mijn afspraken heel precies onthoud
12. Het is belangrijk dat ik erg nauwkeurig ben wanneer ik mijn medicijnen inneem
13. Ik vind het vervelend wanneer ik niet in staat ben zelf boodschappen te doen.
14. Ik vind het prettig om dingen zelf te doen, zonder erop te hoeven vertrouwen dat anderen mij helpen
15. Ik ben erg gemotiveerd om dingen zelf te doen
16. Het geeft mij grote voldoening om taken zelfstandig te kunnen volbrengen

De antwoordmogelijkheden op deze items zijn 1. helemaal mee oneens; 2. mee oneens; 3. Niet eens, niet oneens, 4. mee oneens; 5. helemaal mee eens. Omdat item 4 en 5 laag correleren met de overige items en een negatief effect hebben op de interne consistentie van de schaal, zijn deze items buiten beschouwing gelaten en is een schaal geconstrueerd van 14 items (Cooper et al., 2011). Hiervan is de interne consistentie ruim voldoende (2005-2006: Cronbach's alpha = 0,85; 2008-2009: Cronbach's Alpha = 0,80). De som van de scores op de 14 items is vervolgens gedeeld door het aantal items wat resulteert in eens schaal met een range van 1 tot 5.

### *Persoonskenmerken*

De persoonskenmerken die in samenhang met het belang van zelfredzaamheid en het zorggebruik zijn bestudeerd zijn sekse, leeftijd (in geboortecohorten of als continue



variabele) en opleidingsniveau (hoog, midden, laag). Daarnaast is ook de mate van regie als persoonskenmerk bestudeerd, omdat dit mogelijk samenhangt met de mate waarin men het behoud van zelfredzaamheid belangrijk vindt. Regie werd evenals in het eerste deel van deze studie gemeten met de LASA-mastery schaal.

### *Gezondheidskenmerken*

Overeenkomstig met het eerste deel van deze studie zijn lichamelijke beperkingen, het aantal chronische ziekten, en de ervaren gezondheid indicatoren van gezondheid bij ouderen. Daarnaast is in dit deel van de studie ook gekeken naar cognitieve beperkingen en depressieve symptomen. Voor de variabele cognitieve beperkingen is de MMSE score gebruikt, zowel in een continue vorm, als in een categorale variabele (Folstein et al., 1975). De categorieën zijn als volgt ingedeeld: slecht is MMSE <24; matig van 24 tot 27, goed is  $\geq 27$ . Depressieve symptomen zijn gemeten met de CES-D schaal (Radloff, 1977). Voor de categorale variabele 'depressieve symptomen' (ja of nee) is een cut-off score van 16 op de CES-D gebruikt.

### *Zorggebruik*

In het LASA-interview wordt respondenten gevraagd naar de huidige hulp bij verpleegkundige handelingen, persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp en vervolgens van wie deze hulp verkregen wordt: partner, inwonend kind, andere inwonende, overige familie buiten woning, burenvriend/kennis, vrijwilligers, wijkverpleegkundige, bejaardenhulp/alfahulp, particuliere hulp, personeel tehuis of ziekenhuis, anders, niemand. Ook is er gevraagd hoeveel uren deze zorg gemiddeld per week wordt ontvangen. Hieruit zijn drie dichotome variabelen geconstrueerd die verschillende vormen van zorg representeren, namelijk AWBZ zorg, formele hulp en informele hulp. Per zorgsoort is ook het aantal uren weergegeven in een variabele.

Indicator voor AWBZ zorg is *verpleegkundige of persoonlijke zorg* die wordt ontvangen van een betaalde zorgverlener (wijkverpleegkundige, personeel tehuis of ziekenhuis, bejaardenhulp/alfahulp of particuliere hulp). Deze gegevens zijn aangevuld met gegevens over de aanwezigheid van een AWBZ indicatie uit het medisch interview dat naast het hoofdinterview bij LASA-deelnemers wordt afgenomen. Er wordt geen onderscheid gemaakt in de soort zorg die is geïndiceerd of ingezet: het kan gaan om verpleging, begeleiding of ondersteuning van een *zelfstandig wonende* oudere. Er is sprake van AWBZ zorg indien er in het interview is aangegeven dat er persoonlijke zorg door een professional wordt verkregen, en/of als uit het medisch interview blijkt dat er een AWBZ indicatie is afgegeven.

De variabele formele hulp is gebaseerd op de vraag over de aanwezigheid en het aantal uren van *huishoudelijke hulp* door een formele zorgverlener (thuiszorg wijkverpleegkundige, personeel tehuis of ziekenhuis, of bejaardenhulp/alphahulp, maar *geen particuliere hulp*).

Persoonlijke zorg of huishoudelijke hulp verkregen van kinderen, overige familie, burens/vrienden en vrijwilligers (bijvoorbeeld van de kerk), is indicator voor informele hulp. Hulp en zorg door de partner is hier buiten beschouwing gelaten, omdat het onderscheid tussen taakverdeling en echte zorg moeilijk bepaald kon worden.

## **2.4 Resultaten: Het belang van zelfredzaamheid**

Om een uitspraak te kunnen doen hoe belangrijk ouderen zelfredzaamheid vinden is gebruik gemaakt van LASA 2008-2009. Op een schaal van 1 tot 5, waarbij 5 staat voor de hoogste mate en 1 voor de laagste van belang dat gehecht wordt aan behoud van zelfredzaamheid, scoren zelfstandig wonende ouderen gemiddeld 4,02 (SD 0,49). Hieruit kan worden opgemaakt dat zelfstandig wonende ouderen het behoud van zelfredzaamheid over het algemeen belangrijk vinden, en dat ouderen in deze mening ook niet sterk uiteenlopen.

*Welke ouderen vinden het behoud van zelfredzaamheid minder belangrijk?*

Tabel 1 toont het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid bij verschillende persoonskenmerken en kenmerken van de gezondheid. Hieruit komt naar voren dat vrouwen over het algemeen een groter belang hechten aan zelfredzaamheid dan mannen ( $p = 0,03$ ). In de verschillende leeftijdsgroepen werd geen verschil gevonden in het belang dat men aan zelfredzaamheid hecht ( $p > 0,10$ ). Opvallend echter is dat mensen met een hoge opleiding minder belang aan zelfredzaamheid hechten dan mensen met een gemiddeld of laag opleidingsniveau ( $p < 0,001$ ). Dit is opmerkelijk, omdat de gezondheid beter en het zorggebruik onder hoogopgeleiden doorgaans minder is (Schuijt-Lucassen & Broese van Groenou, 2006). Een nadere analyse op itemniveau toont echter aan dat hoger opgeleiden wel hoger scoren dan lager opgeleiden op item 1 (in staat zijn dingen voor mijzelf te doen), 6 (werken aan behoud van zelfstandigheid) en 14 (prettig dingen zelf te doen zonder op anderen te hoeven vertrouwen), maar juist beduidend lager op items 2 (trots op het zelfstandig kunnen doen van dingen), 8 (bewondering van zelfstandige anderen) en 9 (anderen merken mijn zelfredzaamheid op). Wellicht vinden hoogopgeleide ouderen veel stellingen in de items vanzelfsprekend en daarom minder belangrijk. Zoals verwacht is er ook een samenhang tussen regie en het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid waarbij ouderen die weinig regie ervaren minder belang aan het behoud van zelfredzaamheid lijken

te hechten dan ouderen met veel regie ( $p=0,03$ ). Het verband is echter erg zwak (correlatie coëfficiënt  $=0,067$ , in lijn met eerdere bevindingen (Cooper et al. 2011)).

**Tabel 1. Kenmerken van persoon en gezondheid bij 1412 ouderen en de mate van belang dat men hecht aan zelfredzaamheid**

	gem. score zelfredzaamheid (range 1-5)	SD	p-waarde*
<b>Sekse</b>			0,03
man (n=649)	3,99	0,46	
vrouw (n=763)	4,05	0,51	
<b>Leeftijdsgroep</b>			0,63
85 jaar of ouder (n= 88)	4,05	0,46	
80-84 jaar (n=140)	4,01	0,41	
75-79 jaar (n=215)	4,01	0,52	
70-74 jaar (n=250)	4,00	0,49	
65-69 jaar (n=347)	4,07	0,50	
60-64 jaar (n=372)	3,99	0,49	
<b>Opleidingsniveau</b>			< 0,001
laag (n=322)	4,05	0,46	
midden(n=799)	4,05	0,45	
hoog (n=281)	3,90	0,45	
<b>Regie</b>			0,03
laag (n=387)	3,98	0,55	
midden (n=618)	4,00	0,47	
hoog (n=479)	4,06	0,47	
<b>Lichamelijke beperkingen</b>			0,01
geen (n=628)	4,06	0,45	
licht beperkt (n=455)	4,00	0,46	
matig/ernstig beperkt (n=304)	3,98	0,58	
<b># Chronische aandoeningen</b>			0,71
0 (n=323)	4,01	0,45	
1 (n=520)	4,04	0,49	
2 (n=364)	4,00	0,52	
$\geq 3$ (n=205)	4,05	0,50	
<b>Depressieve symptomen</b>			0,05
nee (n=1265)	4,02	0,49	
ja (n=147)	4,04	0,51	
<b>Problemen met cognitie</b>			0,04
geen(n=957)	4,01	0,43	
licht (n=410)	4,05	0,55	
sterk (n=72)	3,90	0,76	
<b>Ervaren gezondheid</b>			0,13
goed (n=942)	4,03	0,47	
matig (n=315)	4,00	0,50	
slecht (n=155)	3,97	0,58	

\* Waar mogelijk zijn p-waarden gebaseerd op regressie analyses met de continue variabelen.

Wat betreft gezondheidsfactoren blijken lichamelijke beperkingen, cognitieve problemen of depressieve symptomen geassocieerd te zijn met het belang dat men aan zelfredzaamheid hecht. Vooral de associatie met lichamelijke beperkingen was duidelijk. Ouderen met ernstige beperkingen vinden het behoud van zelfredzaamheid minder belangrijk dan mensen zonder of met weinig beperkingen ( $p=0,01$ ). Mensen met ernstige cognitieve problemen hechten eveneens minder belang aan zelfredzaamheid dan mensen zonder of mensen met lichte cognitieve problemen. Anderzijds hechten ouderen met lichte cognitieve problemen juist meer waarde aan zelfredzaamheid dan ouderen zonder cognitieve problemen ( $p=0,04$ ). Ook ouderen met veel depressieve symptomen vinden zelfredzaamheid belangrijker dan ouderen die geen of weinig depressieve symptomen hebben ( $p=0,05$ ). Het hebben van meer chronische ziekten, of een slechtere ervaren gezondheid bleek niet geassocieerd met het belang dat men aan zelfredzaamheid hecht (alle  $p$ -waarden  $> 0,10$ )

*Samenvatting: het belang van zelfredzaamheid onder zelfstandig wonende ouderen*

Samengevat vinden ouderen zelfredzaamheid over het algemeen belangrijk. Vrouwen hechten iets meer belang aan zelfredzaamheid dan mannen, en de hoogst opgeleiden juist minder dan midden en lager opgeleiden. Mensen die weinig regie ervaren vinden het behoud van zelfredzaamheid ook minder belangrijk dan mensen met veel regie. Het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid is ook minder indien er sterkere lichamelijke beperkingen of ernstige cognitieve problemen zijn. Mogelijk geven mensen die echt afhankelijk van hulp zijn, het belang aan zelfredzaamheid op, zodat zij ook de benodigde hulp kunnen accepteren. Om dezelfde reden zouden ook mensen die weinig regie ervaren het belang dat zij aan zelfredzaamheid hechten kunnen laten vieren. In het overgangsstadium (ouderen met lichte cognitieve problemen en/of depressieve symptomen) lijkt de zelfredzaamheid juist extra belangrijk te zijn. Waarom hoger opgeleiden zelfredzaamheid minder belangrijk zouden vinden is minder makkelijk te verklaren. Mogelijk vinden zij zelfredzaamheid eerder vanzelfsprekend dan belangrijk, en speelt de toon van de items van de vragenlijst hierin een rol.

## **2.5 Resultaten: Zelfredzaamheid en zorggebruik bij zelfstandig wonende ouderen**

In dit laatste deel van deze achtergrondstudie is het belang van zelfredzaamheid in samenhang met het zorggebruik bij ouderen in kaart gebracht. Het zorggebruik betreft AWBZ zorg (AWBZ geïndiceerde persoonlijke of verpleegkundige zorg), formele hulp (WMO

hulp, huishoudelijke/instrumentele hulp), en informele zorg of hulp (mantelzorg, maar niet van de partner). In Tabel 2 is gepresenteerd hoeveel zorg (in procent en in uren) de ouderen gebruiken, en hoe dit verschilt voor persoonskenmerken, gezondheidskenmerken en het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid. Hiertoe is de zelfredzaamheidschaal omgecodeerd tot een variabele met drie waarden. Daarbij is de variabele verdeeld in kwartielen<sup>2</sup>, waarbij een score in het hoogste en het laagste kwartiel staan voor respectievelijk 'bovengemiddeld' en 'benedengemiddeld' en de rest voor een gemiddelde score op de oorspronkelijke schaal. Voor alle variabelen zijn met behulp van Chi-kwadraat toetsen verschillen in de percentages zorggebruik getoetst. Met regressie analyses zijn associaties met het aantal uren zorg getoetst (in subpopulaties met alleen gebruikers van deze vorm van zorg).

#### *Gebruik van formele (AWBZ) zorg bij zelfstandig wonende ouderen*

Van de 1412 zelfstandig wonende ouderen maakt 8,1% (115 personen) gebruik van formele, AWBZ geïndiceerde zorg. Gemiddeld ontvangen zij dit 1,2 uur per week. Slechts 25% van de ouderen met AWBZ zorg ontving deze zorg 1 uur per week of meer. Het maximaal aantal uren zorg per week was 9 uur. Het gebruik van AWBZ zorg is hoger bij de oudsten, vrouwen, lager opgeleiden en ouderen die weinig regie ervaren (alle p-waarden < 0,001). Het aantal uren waarin deze vorm van zorg wordt ontvangen heeft echter geen associatie met persoonskenmerken, behalve met regie (p= 0,05). De meeste uren AWBZ zorg werd verkregen door ouderen die weinig regie ervaren.

Gezondheidskenmerken hangen, zoals te verwachten, eveneens samen met het krijgen van AWBZ zorg (alle p-waarden < 0,001): hoe meer beperkingen, chronische ziekten, depressieve symptomen, cognitieve problemen en hoe slechter de ervaren gezondheid, hoe vaker er AWBZ zorg aanwezig is. Ook het aantal uren is geassocieerd met gezondheidskenmerken. Deze associaties werden gevonden voor lichamelijke beperkingen (p< 0,001), chronische ziekten (p=0,002) en cognitieve problemen (p= 0,07), maar niet voor depressieve symptomen en ervaren gezondheid (p-waarden > 0,10). Het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid is ook geassocieerd met het ontvangen van formele zorg (p= 0,03, gebaseerd op continue variabele), en eveneens met het aantal uren zorg dat men ontvangt (p= 0,02). In de groep die benedengemiddeld waarde hecht aan zelfredzaamheid is het gebruik van formele zorg het hoogst, en tevens gebruiken zij meer uren zorg dan mensen die veel belang hechten aan zelfredzaamheid. Deze associatie zegt echter nog niets

---

<sup>2</sup> Bij het verdelen van kwartielen zijn de scores op een variabele verdeeld in 4 gelijke delen, 25 % van de respondenten met de laagste score vormen het eerste of laagste kwartiel, en 25 % van de respondenten met de hoogste scores vormen het 4<sup>e</sup> of hoogste kwartiel.

**Tabel 2. Zorggebruik (% en uren) naar persoonskenmerken, gezondheidskenmerken en belang van zelfredzaamheid bij 1412 zelfstandig wonende ouderen**

	<b>AWBZ Uren (SD)</b>		<b>Formele Uren (SD)</b>		<b>Informele Uren (SD)</b>	
	<b>zorg</b>	<b>n=115</b>	<b>hulp</b>	<b>n=240</b>	<b>hulp</b>	<b>n=143</b>
<b>TOTAAL (n=1412)</b>	8,1	1,2 (2,5)	17,0	2,7 (1,9)	10,1	3,5 (14,5)
<b>PERSOONSKENMERKEN</b>						
<b>Leeftijd:</b>						
> 85 (n = 88)	29,5	1,3 (2,2)	61,4	3,0 (2,0)	36,4	8,3 (30,0)
80 – 84 (n=140)	24,3	1,2 (2,3)	53,6	2,7 (1,6)	16,4	3,2 (5,6)
75 – 79 (n=215)	11,6	1,7 (3,5)	24,2	2,6 (1,9)	15,3	1,9 (2,0)
70 – 74 (n=250)	5,6	0,8 (2,3)	10,8	2,6 (2,0)	9,6	1,7 (2,4)
65 – 69 (n=347)	2,3	0,7 (2,2)	6,9	2,4 (2,3)	5,2	1,0 (1,2)
60 – 64 (n=372)	2,2	0,2 (0,6)	2,2	3,4 (2,1)	3,5	2,9 (4,8)
<b>Sekse:</b>						
Man (n=649)	5,1	1,9 (3,6)	11,9	2,8 (2,0)	6,6	2,9 (3,1)
Vrouw (n=763)	10,7	0,9 (1,9)	21,4	2,7 (1,9)	13,1	3,7 (17,2)
<b>Opleidingsniveau:</b>						
Laag (n=332)	12,3	1,1 (2,1)	25,9	3,0 (2,0)	19,6	5,0 (21,1)
Midden (n=799)	7,8	1,3 (2,8)	15,0	2,5 (1,7)	8,5	2,2 (3,2)
Hoog (n=281)	4,3	0,8 (2,2)	12,1	2,8 (2,1)	3,6	2,8 (5,0)
<b>Regie:</b>						
laag (n=387)	17,0	1,18 (2,3)	28,0	3,0 (1,8)	17,7	7,2 (28,4)
midden (n=618)	7,3	0,51 (1,1)	16,9	2,6 (1,9)	9,0	2,0 (2,5)
hoog (n=479)	4,4	0,35 (1,3)	8,2	2,5 (1,9)	5,8	3,0 (5,2)
<b>GEZONDHEIDSKENMERKEN</b>						
<b># lichamelijke beperkingen:</b>						
Geen (n=628)	1,3	0,0 (0,0)	4,8	1,6 (1,4)	2,2	2,9 (3,3)
Licht beperkt (n=455)	5,9	0,3 (1,2)	14,1	2,6 (2,0)	9,4	1,2 (1,3)
Matig / ernstig beperkt (n=304)	25,3	1,1 (2,0)	40,3	3,0 (1,8)	23,9	5,5 (22,7)
<b># Chronische aandoeningen:</b>						
0 (n=323)	1,5	0,1 (0,3)	5,3	1,9 (1,4)	5,0	1,9 (2,9)
1 (n=520)	5,6	1,1 (2,4)	12,1	2,6 (2,0)	9,2	4,8 (22,4)
2 (n=364)	11,5	0,6 (1,5)	26,4	2,7 (1,9)	12,6	5,4 (22,9)
≥3 (n=205)	19,0	2,0 (3,3)	31,2	3,1 (1,9)	16,1	2,8 (3,9)
<b>Depressieve symptomen:</b>						
Nee (n=1265)	6,3	0,9 (2,0)	15,0	2,6 (1,9)	9,2	4,0 (15,9)
Ja (n=147)	23,8	1,8 (3,3)	34,0	3,2 (1,8)	17,7	1,6 (3,2)
<b>Problemen met cognitie:</b>						
geen(n=957)	4,8	1,2 (2,3)	13,2	2,6 (1,9)	7,0	2,0 (2,9)
licht (n=410)	11,8	0,9 (1,9)	19,9	2,8 (1,7)	12,9	5,4 (23,4)
sterk (n=72)	66,7	2,5 (3,6)	75,0	2,8 (2,1)	34,7	3,3 (3,6)
<b>Ervaren gezondheid:</b>						
goed (n=942)	5,0	1,0 (2,3)	10,9	2,5 (1,8)	7,1	5,1 (20,9)
matig (n=315)	10,6	0,9 (1,9)	27,0	2,7 (1,8)	17,8	2,2 (3,1)
slecht (n=155)	50,0	1,8 (3,3)	33,5	3,3 (2,0)	12,9	1,8 (2,0)
<b>BELANG ZELFREDZAAMHEID</b>						
bovengemiddeld	6,0	0,6(1,8)	15,4	2,4 (1,9)	9,6	2,3 (3,1)
gemiddeld	8,2	0,5 (1,4)	17,4	2,8 (1,9)	10,4	4,5 (20,2)
benedengemiddeld	10,1	1,3(2,4)	17,8	2,8 (2,0)	10,2	2,5 (4,9)

over een causaal verband tussen zelfredzaamheid en zorggebruik. Mogelijk heeft het gebruik van zorg een effect op het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid.

#### *Formele (WMO) hulp bij zelfstandig wonende ouderen*

Van de onderzochte groep heeft 17% (240 personen) een vorm van formele huishoudelijke of instrumentele hulp<sup>3</sup> (WMO hulp), voor gemiddeld 2,7 uur per week. Het maximum was 8 uur per week. Een kwart van de ouderen met deze vorm van hulp ontvangt dit drie uur of meer per week. Evenals bij het gebruik van formele zorg, wordt formele hulp vaker gegeven aan de oudsten, vrouwen en lager opgeleiden en ouderen met de minste regie (p-waarden < 0,001). Het aantal uren waarin hulp wordt ontvangen was niet geassocieerd met persoonskenmerken, want alle p-waarden waren < 0,05. Ook de gezondheidsvariabelen zijn geassocieerd met het hebben van formele hulp. Het aantal uren waarin deze hulp wordt ontvangen is hoger bij mensen met ernstiger beperkingen (p= 0,001), meer chronische ziekten (p= 0,01), depressieve symptomen (p= 0,06) en een slechtere ervaren gezondheid (p= 0,005). Het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid is niet geassocieerd met het wel of niet hebben van formele hulp, maar het aantal uren waarin deze zorg wordt ontvangen is wel het laagst bij mensen die bovengemiddeld scoren op het belang aan zelfredzaamheid (p= 0,009, gebaseerd op toets met continue variabele).

#### *Informele hulp bij zelfstandig wonende ouderen*

Ouderen ontvangen ook meer informele hulp als zij ouder, vrouw of lager opgeleid zijn of minder regie ervaren, en ook is een slechtere gezondheid geassocieerd met het hebben van informele hulp (alle p waarden < 0,001). Het aantal uren waarin informele hulp wordt ontvangen hangt niet samen met persoonskenmerken, en is ook minder sterk afhankelijk van gezondheidsfactoren dan de formele vormen van hulp en zorg. Mensen met ernstige lichamelijke beperkingen ontvangen wel meer uren informele hulp (p= 0,03) en mensen met depressieve symptomen lijken juist minder uren informele hulp te ontvangen (p= 0,09). Er is geen associatie tussen (het aantal uren) informele hulp en het belang dat aan zelfredzaamheid wordt gehecht. In totaal ontvangt 10,1 % (n=143) van de ouderen informele hulp voor gemiddeld 3,5 uur per week. De grote standaard deviaties die voorkomen bij het aantal uren zorg wijzen er overigens op dat het aantal uren informele hulp die ouderen ontvangen sterk verschilt. Het maximum aantal uren informele hulp was 170 uur per week (van meerdere personen), dit kwam een keer voor. Een op de vijf ouderen

---

<sup>3</sup> Hierbij zijn particuliere hulp, en hulpmiddelen niet meegerekend, het gaat alleen om formele hulp die door een persoon wordt gegeven.

met deze vorm van zorg ontvangt 3 uur of meer informele hulp. Niet alle ouderen hebben informele hulp in gelijke mate beschikbaar, terwijl we ervan uit kunnen gaan dat formele vormen van zorg en hulp wel voor iedereen in gelijke mate beschikbaar zijn. Dit zou mogelijk verklaren waarom het verband tussen gezondheidsfactoren en informele hulp minder sterk is dan bij formele zorg en hulp.

## **2.6 Resultaten: Het belang van zelfredzaamheid en het gebruik van AWBZ zorg, formele en informele hulp, rekening houdend met persoonskenmerken en gezondheid**

Nu duidelijk is dat er een samenhang is tussen het belang dat ouderen hechten aan zelfredzaamheid en het (aantal uren) AWBZ zorg en formele hulp, is het belangrijk om te onderzoeken of deze samenhang er ook is als we rekening houden met persoonskenmerken en de gezondheid van ouderen. Ook deze kenmerken vertoonden immers een samenhang met het belang aan zelfredzaamheid, zoals uit Tabel 1 op te maken is. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van multivariate regressiemodellen.

Er zijn twee typen afhankelijke variabelen, namelijk het wel of niet hebben van zorg of hulp, en het aantal uren waarin deze zorg of hulp wordt ontvangen. Voor het toetsen of er een samenhang is met het wel of niet hebben van zorg of hulp worden logistische regressiemodellen gebruikt, gecontroleerd voor leeftijd, sekse en opleidingsniveau, en vervolgens voor gezondheidsbeperkingen.<sup>4</sup> Het aantal uren zorg is een continue variabele, wat betekent dat voor het toetsen van de associatie tussen het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid en het aantal uren zorg dat wordt ontvangen lineaire regressiemodellen kunnen worden gebruikt<sup>5</sup>. Ook deze modellen zijn gecontroleerd voor leeftijd, sekse en opleidingsniveau, en vervolgens voor gezondheidsbeperkingen. Deze lineaire regressie analyses zijn uitgevoerd in een subpopulatie met alleen respondenten die de betreffende vorm van zorg of hulp ontvangen.

De regressiemodellen worden niet gecontroleerd voor regie. Er is wel een samenhang tussen regie en het belang van zelfredzaamheid zoals uit Tabel 1 blijkt, maar het belang van

---

<sup>4</sup> De associatie wordt uitgedrukt in een odds ratio (OR) die inzicht geeft of de onafhankelijke variabele in het model de kans op zorg of hulp doet toenemen of afnemen. Een getal kleiner dan 1 betekent is dat de kans kleiner is en een getal groter dan 1 betekent dat de kans is toegenomen. Bij een OR wordt ook een betrouwbaarheidsinterval (BI) gegeven. Als daarin het getal 1 voorkomt, betekent dit dat de gevonden OR op toeval berust en dus niet statistisch significant is.

<sup>5</sup> De coëfficiënt van een lineair regressiemodel wordt uitgedrukt in B, waarbij een negatief getal staat voor een negatieve associatie en een positief getal voor een positieve associatie. De p-waarde geeft aan of de gevonden coëfficiënt statistisch significant is ( $p < 0,05$  staat voor een significantieniveau van 95%).



zelfredzaamheid wordt hier beschouwd als een meer domeinspecifieke component van regie: het gaat om het belang van zelfstandig functioneren, het onafhankelijk zijn van anderen, en is dus een deel van het meer algemenere 'mastery' of regie gericht op zorg.

**Tabel 3. De associatie tussen het belang van zelfredzaamheid en AWBZ zorg in LASA 2008-2009 (N=1374)**

		AWBZ zorg		Uren AWBZ zorg (n=112)	
		OR(95%CI)	p waarde	B	p-waarde
<b>Model 1. *</b>	Belang van zelfredzaamheid	<b>0,59 (0,40 – 0,87)</b>	<b>0,007</b>	<b>-0,23</b>	<b>0,013</b>
<b>Model 2. **</b>	Belang van zelfredzaamheid	0,75 (0,49-1,15)	0,185	-0.16	0,077

\* Gecontroleerd voor leeftijd, sekse en opleiding.

\*\*Naast leeftijd, sekse en opleiding gecontroleerd voor aantal chronische ziekten, aantal lichamelijke beperkingen, aantal depressieve symptomen, MMSE score, en ervaren gezondheid.

#### *Het belang van zelfredzaamheid en de associatie met AWBZ zorg en formele hulp*

In tabel 3 is te zien dat het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid inderdaad is geassocieerd met een verminderde kans op gebruik van AWBZ zorg (OR= 0,59; 95%CI: 0,40-0,87) en minder uren zorg (B=-0,23, p= 0,013) (Model 1). De associatie van het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid met AWBZ zorggebruik is echter niet meer significant als ook rekening wordt gehouden met gezondheidsbeperkingen (Model 2), echter het aantal uren zorg lijkt nog steeds enigszins beperkt te worden door het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid, als ook rekening wordt gehouden met gezondheidsbeperkingen (B=-0,16, p=0,077). Ouderen die veel waarde hechten aan zelfredzaamheid gebruiken dus niet minder vaak AWBZ zorg, maar waarschijnlijk wel in minder uren. Omdat nu nog niets kan worden gezegd over de causale relatie tussen het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid en het zorggebruik, is in een volgende analyse gebruik gemaakt van gegevens uit LASA 2005-2006 over het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid drie jaar voorafgaand aan het waargenomen zorggebruik. In Tabel 4 zijn de resultaten gepresenteerd van een longitudinale regressie analyse van het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid met het zorggebruik 3 jaar later. Hieruit blijkt dat er geen verband is tussen het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid en het zorggebruik 3 jaar later. Dit kan mogelijk verklaard worden doordat er een verandering is in het belang dat de oudere aan zelfredzaamheid hecht in de twee meetmomenten. Daarom is in een vervolganalyse ook gecontroleerd voor deze verandering.

**Tabel 4. De associatie tussen het belang van zelfredzaamheid in LASA 2005-2006 en formele (AWBZ) zorg in LASA 2008-2009 (N=1446)**

		AWBZ zorg		uren AWBZ zorg (n=130)	
		OR(95%CI)	p waarde	B	p-waarde
<b>Model 1.*</b>	<b>Belang van zelfredzaamheid</b>	0,78 (0,52 – 1,17)	0,232	-0,05	0,549
<b>Model 2. **</b>	<b>Belang van zelfredzaamheid</b>	0,89 (0,57 – 1,37)	0,581	-0,03	0,947

\* Gecontroleerd voor leeftijd, sekse en opleiding.

\*\*Naast leeftijd, sekse en opleiding gecontroleerd voor aantal chronische ziekten, aantal lichamelijke beperkingen, aantal depressieve symptomen, MMSE score, en ervaren gezondheid.

**Tabel 5. De associatie tussen het belang van zelfredzaamheid in LASA 2005-2006 en formele (AWBZ) zorg in LASA 2008-2009 (N=1351), rekening houdend met veranderingen in zelfredzaamheid**

		AWBZ zorg		Uren AWBZ zorg (n=111)	
		OR(95%CI)	p waarde	B	p-waarde
<b>Model 1.</b>	<b>Belang van zelfredzaamheid</b>	<b>0,59 (0,36 – 0,98)</b>	<b>0,040</b>	<b>-1,05</b>	<b>0,020</b>
Gecontroleerd voor sekse, leeftijd en opleiding	<b>Δ Belang van zelfredzaamheid</b>	<b>0,62 (0,40 – 0,96)</b>	<b>0,031</b>	<b>-0,68</b>	<b>0,027</b>
<b>Model 2. alleen</b>	<b>Belang van zelfredzaamheid</b>	0,76 (0,44 – 1,31)	0,322	-0,64	0,131
gecontroleerd voor significante gezondheidsvariabele*	<b>Δ Belang van zelfredzaamheid</b>	0,77 (0,48 – 1,23)	0,275	<b>-0,56</b>	<b>0,048</b>
<b>Model 3.</b>	<b>Belang van zelfredzaamheid</b>	0,73 (0,41 – 1,28)	0,269	-0,57	0,195
Gecorrigeerd voor alle gezondheidsvariabelen	<b>Δ Belang van zelfredzaamheid</b>	0,76 (0,47 – 1,25)	0,280	-0,48	0,120

\*Enige significante gezondheidsvariabele was beperkingen en veranderingen daarin.

De resultaten uit Tabel 5 tonen aan dat als rekening wordt gehouden met de verandering in het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid er wel een longitudinaal verband bestaat met zorggebruik. Als ook met gezondheidbeperkingen en veranderingen daarin rekening wordt

gehouden, verdwijnt de longitudinale associatie met het wel of niet hebben van AWBZ zorg. Echter, het aantal uren AWBZ zorg lijkt iets minder als men meer waarde is gaan hechten aan het belang van zelfredzaamheid in 3 jaar tijd ( $P = 0,048$ ). Dit effect kon alleen worden waargenomen in een model met alleen de statistisch significante controlevariabele, namelijk lichamelijke beperkingen. Als alle gezondheidsfactoren worden meegenomen in het model, is er geen significant effect meer van de verandering in het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid. Dit kan mogelijk ook veroorzaakt worden door het gebrek aan power in deze analyses doordat de onderzoeksgroep erg klein is ( $n=111$ ).

**Tabel 6. De associatie tussen het belang van zelfredzaamheid en formele hulp in LASA 2008-2009, N=1374)**

		Formele hulp		Uren hulp (n=234)	
		OR(95%BI)	p waarde	B	p-waarde
<b>Model 1.*</b>	Belang van zelfredzaamheid	<b>0,75 (0,54-1,05)</b>	<b>0,091</b>	<b>-0,49</b>	<b>0,003</b>
<b>Model 2. **</b>	Belang van zelfredzaamheid	0,95 (0,67-1,35)	0,772	-0,33	<b>0,034</b>

\* Gecontroleerd voor leeftijd, sekse en opleiding.

\*\*Naast leeftijd, sekse en opleiding gecontroleerd voor aantal chronische ziekten, aantal lichamelijke beperkingen, aantal depressieve symptomen, MMSE score, en ervaren gezondheid.

#### *De relatie tussen het belang dat zelfstandig wonende ouderen hechten aan zelfredzaamheid en het gebruik van formele hulp*

Op vergelijkbare wijze als bij het toetsen van een verband tussen het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid en formele (AWBZ)zorg is het verband met formele (doorgaans huishoudelijke) hulp onderzocht. Ook bij deze vorm van hulp is er geen verband tussen het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid en het wel of niet hebben van formele hulp als ook met gezondheidsbeperkingen rekening wordt gehouden. Het aantal uren van deze hulp is wel minder bij mensen die een sterker belang hechten aan zelfredzaamheid ( $B = -0,33$ ,  $p = 0,034$ , zie Tabel 6). In een longitudinale analyse blijkt dat het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid op T1 geen verband heeft met het gebruik van formele hulp 3 jaar later (niet met het hebben van hulp en evenmin met het aantal uren hulp, zie Tabel 7). Als echter ook rekening wordt gehouden met veranderingen in het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid, is er wel een longitudinaal verband met het aantal uren formele hulp dat wordt gebruikt: ouderen die veel belang hechten aan zelfredzaamheid, gebruiken minder

uren formele hulp (Tabel 8). Dit verband blijft bestaan als ook met de ernst en verandering in lichamelijke beperkingen rekening wordt gehouden, maar niet als alle gezondheidsfactoren in het model worden meegenomen. Ook hier geldt dat een power probleem (n=230) hiervan mogelijk een oorzaak is.

**Tabel 7. De associatie tussen het belang van zelfredzaamheid in LASA 2005-2006 en formele hulp in LASA 2008-2009 (N=1446)**

		Formele hulp		Uren hulp (n=260)	
		OR(95%BI)	p waarde	B	p-waarde
<b>Model 1.*</b>	Belang van zelfredzaamheid	0,80 (0,57-1,11)	0,180	-0,11	0,608
<b>Model 2. **</b>	Belang van zelfredzaamheid	0,89 (0,62-1,29)	0,549	-0,02	0,906

\* Gecontroleerd voor leeftijd, sekse en opleiding.

\*\*Naast leeftijd, sekse en opleiding gecontroleerd voor aantal chronische ziekten, aantal lichamelijke beperkingen, aantal depressieve symptomen, MMSE score, en ervaren gezondheid.

**Tabel 8. De associatie tussen het belang van zelfredzaamheid in LASA 2005-2006 en formele hulp in LASA 2008-2009 (N=1351), rekening houdend met verandering in zelfredzaamheid**

		Formele hulp		Uren hulp (n=230)	
		OR(95%BI)	p waarde	B	p-waarde
<b>Model 1.</b> Gecontroleerd voor sekse leeftijd opleiding	Belang van zelfredzaamheid	<b>0,65 (0,43-0,98)</b>	<b>0,040</b>	<b>-,47</b>	<b>,031</b>
	Δ Belang van zelfredzaamheid	0,79 (0,54-1,15)	0,222	<b>-,50</b>	<b>,007</b>
<b>Model 2.</b> alleen gecontroleerd voor significante gezondheidsvariabelen	Belang van zelfredzaamheid	0,80 (0,51-1,25)*	0,321	<b>-,36**</b>	<b>0,090</b>
	Δ Belang van zelfredzaamheid	0,95 (0,63-1,44)*	0,819	<b>-,36**</b>	<b>0,057</b>
<b>Model 3.</b> gecontroleerd voor alle gezondheidsvariabelen	Belang van zelfredzaamheid	0,77 (0,49-1,21)	0,260	-0,28	0,176
	Δ Belang van zelfredzaamheid	0,95 (0,63-1,43)	0,817	-0,34	0,061

\* Gecontroleerd voor aantal beperkingen, chronische ziekten en depressieve symptomen, en veranderingen daarin.

\*\* Gecontroleerd voor aantal chronische ziekten en MMSE score, en veranderingen daarin.

**Tabel 9. De associatie tussen het belang van zelfredzaamheid en informele hulp in LASA 2008-2009 (N=1372)**

		Informele hulp		Uren hulp (n=139)	
		OR(95%CI)	p waarde	B	p-waarde
<b>Model 1. *</b>	Belang van zelfredzaamheid	0,85 (0,60 – 1,22)	0,383	0,23	0,678
<b>Model 2. **</b>	Belang van zelfredzaamheid	1,10 (0,75-1,60)	0,628	0,55	0,357

\* Gecontroleerd voor leeftijd, sekse en opleiding.

\*\*Naast leeftijd, sekse en opleiding gecontroleerd voor aantal chronische ziekten, aantal lichamelijke beperkingen, aantal depressieve symptomen, MMSE score, en ervaren gezondheid.

**Tabel 10. De associatie tussen het belang van zelfredzaamheid in LASA 2005-2006 en informele hulp in LASA 2008-2009 (N=1446)**

		Informele hulp		Uren hulp (n=260)	
		OR(95%BI)	p waarde	B	p-waarde
<b>Model 1.*</b>	Belang van zelfredzaamheid	1,10 (0,75-1,60)	0,625	-0,11	0,608
<b>Model 2. **</b>	Belang van zelfredzaamheid	1,19 (0,80-1,75)	0,393	-0,02	0,906

\* Gecontroleerd voor leeftijd, sekse en opleiding.

\*\*Naast leeftijd, sekse en opleiding gecontroleerd voor aantal chronische ziekten, aantal lichamelijke beperkingen, aantal depressieve symptomen, MMSE score, en ervaren gezondheid.

*De relatie tussen het belang dat zelfstandig wonende ouderen hechten aan zelfredzaamheid en het gebruik van informele hulp*

Ook is het verband tussen het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid met informele hulp onderzocht. (Tabellen 9, 10 en 11). Onder informele hulp wordt alle mantelzorg gerekend, maar hulp van de eigen inwonende partner wordt hier niet toe gerekend. Ook bij deze vorm van hulp is er geen verband tussen het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid en het wel of niet hebben van formele hulp als ook met gezondheidsbeperkingen rekening wordt gehouden. Wat wel opvalt is dat in tegenstelling tot de resultaten bij AWBZ zorg en formele hulp de odds ratio's voor de modellen die gecontroleerd zijn voor gezondheidsproblemen groter zijn dan 1. Dat wil zeggen: als dit verband wel statistisch significant zou zijn geweest neemt het gebruik van informele zorg

rekening houdend met gezondheidsproblemen toe naarmate er meer belang wordt gehecht aan zelfredzaamheid. Het aantal uren van deze hulp had geen verband met het belang dat aan zelfredzaamheid wordt gehecht.

**Tabel 11. De associatie tussen het belang van zelfredzaamheid in LASA 2005-2006 en informele hulp in LASA 2008-2009 (N=1351), rekening houdend met verandering in zelfredzaamheid**

		Informele hulp		Uren hulp (n=154)	
		OR(95%BI)	p waarde	B	p-waarde
<b>Model 1.</b> Gecontroleerd voor sekse leeftijd opleiding	Belang van zelfredzaamheid	0,69 (0,61-1,51)	0,869	-1,01	,752
	Δ Belang van zelfredzaamheid	0,82 (0,54-1,23)	0,334	,42	,868
<b>Model 2.</b> alleen gecontroleerd voor significante gezondheidsvariabelen	Belang van zelfredzaamheid	1,27 (0,79-2,05)*	0,318	-,98**	0,758
	Δ Belang van zelfredzaamheid	1,07 (0,70-1,63)*	0,761	-,60**	0,813
<b>Model 3.</b> gecontroleerd voor alle gezondheidsvariabelen	Belang van zelfredzaamheid	1,27 (0,79-2,04)	0,334	,73	0,272
	Δ Belang van zelfredzaamheid	1,06 (0,69-1,61)	0,759	-,52	0,883

\* Gecontroleerd voor aantal beperkingen, chronische ziekten en veranderingen daarin.

\*\* Gecontroleerd voor aantal beperkingen en MMSE score, en veranderingen daarin.

## **2.7 Het belang van zelfredzaamheid en formele zorg en hulp: overzicht van de belangrijkste resultaten**

- Zelfstandig wonende ouderen hechten over het algemeen veel belang aan zelfredzaamheid, maar mannen, de oudsten en de meest beperkten vinden dit iets minder belangrijk. Voor ouderen met lichte cognitieve problemen en/of depressieve symptomen lijkt de zelfredzaamheid juist extra belangrijk te zijn.
- Minder dan 1 op de 10 thuiswonende ouderen ontvangt AWBZ zorg, en zij krijgen dit gemiddeld slechts 1,2 uur per week. Bijna 1 op de 5 ouderen ontvangt een vorm van formele (huishoudelijke) hulp, gemiddeld 2,7 uur per week.
- Het hechten van meer belang aan zelfredzaamheid hangt samen met minder gebruik van AWBZ zorg en formele (huishoudelijke) hulp, maar niet als ook rekening wordt gehouden wordt met gezondheidsbeperkingen. De relatie tussen het belang dat gehecht wordt aan zelfredzaamheid en het hebben van zorg of hulp kan worden verklaard door de gezondheid van ouderen: ouderen met gezondheidsproblemen gebruiken meer AWBZ zorg en formele zorg, en vinden zelfredzaamheid ook minder belangrijk. Het aantal lichamelijke beperkingen verklaarde het meest van het effect.
- Wel is het aantal uur dat gebruik wordt gemaakt van AWBZ zorg en formele (huishoudelijke) hulp lager wanneer meer belang wordt gehecht aan zelfredzaamheid, ook als rekening wordt gehouden met de gezondheid van ouderen.
- Wanneer over een periode van 3 jaar meer belang wordt gehecht aan zelfredzaamheid, is de kans op AWBZ zorggebruik na 3 jaar kleiner. Dit effect verdwijnt weer wanneer rekening wordt gehouden met het aantal gezondheidsproblemen. Er was geen longitudinale relatie tussen het belang van zelfredzaamheid en het wel of niet hebben van formele (huishoudelijke) hulp.
- Er werd geen duidelijk verband gevonden tussen het belang aan zelfredzaamheid en het gebruik van informele hulp.
- Een toename van het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid lijkt samen te hangen met een vermindering van het aantal uren AWBZ zorg dat men na 3 jaar gebruikt. Ook lijkt er een longitudinale relatie te zijn tussen een toename van het belang van zelfredzaamheid en een vermindering van het aantal uren formele (huishoudelijke) hulp, maar dit was net niet significant. Hierbij is het niet duidelijk wat oorzaak en gevolg is. Het zou kunnen betekenen dat ouderen die volharden in het belang van zelfredzaamheid als de fysieke beperkingen toenemen inderdaad het aantal uren zorg en hulp weten te beperken, maar anderzijds zou het belang dat men

aan zelfredzaamheid hecht naar beneden kunnen worden bijgesteld als de fysieke mogelijkheden van de oudere afnemen en er meer uren zorg nodig zijn.



## Conclusie en discussie

Met behulp van gegevens uit de Longitudinal Aging Study Amsterdam werd aangetoond dat tussen 1992 en 2009 het aantal chronische ziekten bij ouderen in de leeftijd van 60-85 jaar is toegenomen, en dat deze toename gepaard is gegaan met een toename in het aantal lichte beperkingen, maar niet met een toename van ernstige beperkingen. In dezelfde periode is het aantal mensen met een als minder dan goed ervaren gezondheid stabiel gebleven, en het gevoel van regie gemiddeld genomen gestegen in de ouderenpopulatie.

Ouderen hechten over het algemeen veel belang aan zelfredzaamheid, maar mannen, de oudsten en de meest beperkten vinden dit iets minder belangrijk. Mensen die weinig belang hechten aan zelfredzaamheid gebruiken meer zorg en hulp, dit kon echter verklaard worden doordat zij ook meer lichamelijke beperkingen hebben. Er kon geen longitudinaal verband worden vastgesteld tussen het belang van zelfredzaamheid en het wel of niet hebben van zorg of hulp. Mogelijk is er wel een longitudinaal verband met het aantal uren waarin zorg of hulp wordt ontvangen: een toename in het belang dat wordt gehecht aan zelfredzaamheid tussen 2005-2006 en 2008-2009 hing samen met minder uren formele zorg en hulp.

De toename in het aantal chronische ziekten bevestigt resultaten uit eerdere studies in verschillende landen (Parker en Thorslund, 2007; Uijen en van de Lisdonk, 2008). Het is echter onduidelijk voor welk deel deze bevinding verklaard wordt door werkelijk toegenomen prevalenties, of dat zij het gevolg is van een verbeterde (bv. eerdere) diagnosestelling of van een groter bewustzijn van ziekten bij ouderen. In elk geval heeft de toename in chronische ziekten tot een toename in het aantal lichte mobiliteits- en zelfzorgbeperkingen geleid. Mogelijk heeft een toename in chronische ziekten in combinatie met verbeteringen in de zorg speciaal gericht op chronisch zieken geleid tot een toename in lichte beperkingen, maar niet in ernstige beperkingen. Het aantal ernstige beperkingen is in dezelfde periode namelijk niet gestegen. Dat in deze studie, in tegenstelling tot veel andere studies, rekening werd gehouden met verschillende niveaus van beperkingen, heeft dus geleid tot specifiekere inzichten in de omvang van lichamelijke beperkingen bij ouderen.

Wanneer rekening werd gehouden met de toename in opleidingsniveau werd er geen trend in het percentage ernstige beperkingen gevonden. Hieraan ten grondslag liggen twee mogelijke effecten van opleidingsniveau op gezondheid. Enerzijds een cohort-effect: ouderen met een hoger opleidingsniveau hebben gedurende hun hele leven een gunstiger leefomgeving en gezondheid gehad, waardoor zij ook op oudere leeftijd een grotere kans

hebben op een goede gezondheid. Anderzijds kan het een periode-effect zijn: in 2009 hebben ouderen betere zorg dan in 1992. Daardoor hebben zij minder last van gezondheidsproblemen, en rapporteren minder vaak een ernstige beperking.

Ondanks de toename in het aantal ouderen met een chronische ziekte of een lichte beperking is de ervaren gezondheid gelijk gebleven. Dit kan onder andere verklaard worden doordat ervaren gezondheid gedurende de studieperiode sterker bepaald werd door ernstige beperkingen en minder sterk door het hebben van een chronische ziekte. Een andere verklaring zou kunnen zijn dat ouderen de eigen gezondheid vaak beoordelen met leeftijdsgenoten als referentie (Cheng et al., 2007). Wanneer de gemiddelde ziektelast in de ouderenpopulatie stijgt, zal dit dus geen gevolgen hebben voor de ervaren gezondheid. Dat het gevoel van regie gemiddeld genomen is toegenomen kan, net als de afname in ernstige beperkingen, verklaard worden door het toegenomen opleidingsniveau: hoger opgeleiden ervaren meer regie dan lager opgeleiden.

Gemiddeld genomen lijkt het dus tamelijk goed te gaan met de ouderenpopulatie, maar uit analyses in verschillende subgroepen bleek dat lageropgeleiden en oudere ouderen tussen 1992 en 2009 de slechtste trends in gezondheid doormaakten. Daarbij bleek de toename in het gevoel van regie alleen van toepassing op jongere ouderen en ouderen zonder multimorbiditeit of lichamelijke beperkingen. Ouderen met ernstige beperkingen hebben in 2009 juist minder gevoel van regie vergeleken met 1992, en ook de ervaren gezondheid is bij deze groep ouderen minder. Het aandeel ouderen met een lichte beperking is toegenomen, maar in deze groep is het gevoel van regie niet veranderd. Het lijkt er dus op dat het met de oudste en meest kwetsbare ouderen, ouderen met veel ernstige beperkingen en een laag opleidingsniveau, juist slechter gaat.

Dat juist de groep die veelal afhankelijk is van zorg een afname laat zien in de ervaren regie roept de vraag op of deze groep in 2009 ook minder zorg krijgt dan in 1992, en of de zorg die zij krijgen wel voldoende is. Mogelijk is ook de toename aan regelgeving in de zorg hiervoor een verklaring: er wordt strenger voor zorg geïndiceerd, en ook de beperking in tijd die een zorgverlener voor een bepaalde handeling heeft zou een rol kunnen spelen. Zorgverleners hebben de afgelopen jaren minder ruimte gekregen in hun uitvoering van taken: alle handelingen en de bijbehorende zorgminuten die daarvoor nodig zijn worden nauwkeurig omschreven en geregistreerd, voor iets extra's moet een nieuwe indicatie worden aangevraagd. Ook de problemen bij veel thuiszorginstellingen, zoals schaalvergroting en personeelstekort, kan bij ouderen die afhankelijk zijn van deze zorg hebben bijgedragen aan het verminderde gevoel van regie. Ouderen krijgen daardoor bijvoorbeeld vaker met meer verschillende zorgverleners te maken. In hoeverre dit daadwerkelijke oorzaken zijn van een afname in de ervaren regie behoeft nader onderzoek.

Door het ontbreken van gegevens over een langere periode, blijft onduidelijk of ouderen tussen 1992 en 2009 meer of minder belang zijn gaan hechten aan zelfredzaamheid. Hoger opgeleiden scoren wat lager op de schaal waarmee in LASA het belang aan zelfredzaamheid is gemeten en daardoor lijkt het aannemelijk dat het belang aan zelfredzaamheid wat af is genomen door het toegenomen opleidingsniveau.

Ouderen die meer belang hechten aan zelfredzaamheid gebruiken wel minder vaak en minder uren zorg en hulp, maar een (zwak) longitudinaal verband was er alleen met het aantal uren zorg. Het is echter de vraag of gezondheidsbeperkingen niet vooral bepalen hoeveel belang men aan zelfredzaamheid hecht: ouderen die zich in een overgangsstadium bevinden (lichte cognitieve problemen en/of depressieve symptomen) vinden zelfredzaamheid belangrijker dan ouderen die daarin helemaal geen beperkingen ondervinden. Op het moment echter dat zorg echt nodig is, stellen zij dit belang bij om toe te kunnen geven aan het ontvangen van zorg. Of door het stimuleren van het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid veel kosten in de zorg kunnen worden voorkomen is dus maar zeer de vraag. Als alleen het aantal uren daardoor wordt beperkt blijft de winst waarschijnlijk klein, omdat het aantal uren bij zelfstandig wonende ouderen al erg laag lijkt te zijn. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat in deze studie een deel van de meest kwetsbare (oudste, meest beperkte) ouderen niet kon worden onderzocht. De onderzoeksgroep was relatief gezond en gebruikte gemiddeld 1,2 en maximaal 9 uren AWBZ zorg per week. Volgens het CIZ is het gemiddeld aantal uren persoonlijke verzorging, de meest voorkomende vorm van AWBZ zorg bij thuiswonende ouderen met somatische aandoeningen, ruim 5 uur per week (Bron CIZ), Dit heeft mogelijk tot een onderschatting van het effect heeft geleid.

Of we de groep die de meeste zorg gebruikt, die bestaat uit de meest ernstig beperkten, met een lagere ervaren regie en meer depressieve symptomen, nu tot meer zelfredzaamheid moeten stimuleren, is maar de vraag. Zij hebben een slechtere ervaren regie gekregen in de afgelopen periode, het welbevinden neemt bij hen af. Misschien is het zinvol goed te bestuderen of deze groep nu wel voldoende zorg krijgt om zich thuis te handhaven. Het stimuleren van het belang dat men hecht aan zelfredzaamheid kan waarschijnlijk niet eindeloos doorgaan: op een gegeven moment moet men dit belang wel deels opgeven als de beperkingen die uit een chronische ziekte voortkomen te ernstig zijn om een goede zelfzorg te waarborgen.

## **Beperkingen van deze studie**

In verschillende delen van dit onderzoek konden de oudste en meest kwetsbare ouderen uit de LASA-studie niet goed worden onderzocht, omdat over een deel van deze groep geen specifieke gegevens over ervaren gezondheid, regie of zelfredzaamheid beschikbaar waren. Dit maakt dat de gevonden resultaten in deze studie mogelijk een onderschatting zijn van de werkelijke gezondheidsproblemen. De gevonden trends zijn hierdoor naar verwachting niet beïnvloed: sensitiviteitsanalyses voor chronische ziekten en beperkingen waarbij deze meest kwetsbare ouderen wel meegenomen konden worden lieten dezelfde trends zien.

Een tweede mogelijke beperking van dit onderzoek is dat voor het meten van regie in het eerste deel van de studie een generieke maat (mastery) is gebruikt. Uit eerder onderzoek is echter gebleken dat er een verschil bestaat tussen generieke en domeinspecifieke mastery (Smits, Deeg, en Bosscher, 1995). Het zou kunnen zijn dat ouderen enerzijds op het domein van zorggebruik het gevoel hebben dat het leven beheerst wordt door anderen, terwijl zij anderzijds in specifieke domeinen, zoals gezondheid of sociale relaties, wel controle ervaren. In het tweede deel werd het belang van zelfredzaamheid onderzocht, wat gezien kan worden als een meer domein-specifieke component van regie. Hieruit bleek ook dat deze twee maten (zwak) significant met elkaar geassocieerd zijn.

## **Belangrijkste implicaties voor beleid**

- Uit dit onderzoek blijkt dat de oudste ouderen (75+) en de lageropgeleide ouderen tussen 1992 en 2009 de slechtste trends in gezondheid laten zien. Ook laten ouderen met ernstige beperkingen, die het meest baat zou hebben bij regie (vanwege complexe gezondheidsproblemen, meerdere zorgverleners), een verslechterende trend in ervaren gezondheid en regie zien, ongeacht het niveau van hun beperkingen. Er moet dus gezocht worden naar wegen om het gebrek aan regie te ondervangen bij deze groep ouderen met ernstige beperkingen, om zo verdere achteruitgang in hun welbevinden tegen te gaan. Hun aandeel in de bevolking lijkt weliswaar stabiel te zijn, maar hun absolute aantal zal naar verwachting alleen maar toenemen.
- Ouderen vinden zelfredzaamheid over het algemeen belangrijk, maar dit onderzoek laat eveneens zien dat ouderen dit belang mogelijk laten varen wanneer zij beperkt zijn en zorg nodig hebben. Het is dus zinvol te onderzoeken wat de situatie van ouderen is die minder belang hechten aan hun zelfredzaamheid, en hoe bij hen een goede kwaliteit van leven gegarandeerd kan worden.
- Investeren in het belang dat ouderen aan zelfredzaamheid hechten heeft mogelijk maar een beperkt preventief effect op het gebruik van zorg. Alleen het aantal uren waarin zorg wordt ingezet wordt mogelijk beïnvloed door investering in het belang

aan zelfredzaamheid bij ouderen, maar niet het wel of niet gebruiken van deze zorg. Omdat echter bij ouderen in deze studie het aantal uren waarin zorg en hulp wordt afgenomen beperkt bleek te zijn, is de winst die met dit beleid zou kunnen worden bereikt mogelijk ook beperkt.

## Literatuur

- Auman,C., Bosworth,D.F., Hess,T.M., 2005. Effect of health-related stereotypes on psychological response of hypertensive middle-aged and older men. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 60(1), 3-10.
- Broese van Groenou,M.I., van Tilburg,T.G., de Leeuw,E.D., Liefbroer,A.C., 1995. Data collection. In: Knipscheer,C.P.M., de Jong Gierveld,J., van Tilburg,T., Dijkstra,P.A.(Eds.), *Living arrangement and social networks of older adults, first results*. VU University Press, Amsterdam, 185-197.
- Bruggink,J.W., 2009. Trends in gezonde levensverwachting. *TSG : tijdschrift voor gezondheidswetenschappen* 87(5), 209.
- Cheng,S.T., Fung,H., Chan,A., 2007. Maintaining self-rated health through social comparison in old age. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 62(5), 277-285.
- Cooper,R., Huisman,M., Kuh,D., Deeg,D.J.H., 2011. Do Positive Psychological Characteristics modify the Associations of Physical Performance With Functional Decline and Institutionalization? Findings From the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 66B(4), 468-477.
- Cunningham,D.A., Paterson,D.H., Himann,J.E., Rechnitzer,P., 1993. Determinants of independence in the elderly. *Canadian Journal of Applied Physiology* 18(3), 243-254.
- Cutler,D.M., 2003. *Intensive medical technology and the reduction in disability*. Harvard University, Cambridge, MA.
- Davies,S., Laker,S., Ellis,L., 1997. Promoting autonomy and independence for older people within nursing practice: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 26(2), 408-417.
- Deeg,D.J.H. Neemt het aantal mensen dat zich niet gezond voelt toe of af? *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. 31-3-2009. Bilthoven: RIVM. 19-4-2011.
- Deeg,D.J.H., Huisman,M., 2010. Cohort differences in 3-year adaptation to health problems among Dutch middle-aged, 1992-1995 and 2002-2005. *Eur J Ageing* 7(3), 157-165.
- Deeg,D.J.H., Kriegsman,D.M.W., van Zonneveld,R.J., 1994. Prevalentie van vier chronische ziekten en hun samenhang met gezondheidsbeperkingen bij ouderen in Nederland. 1956-1993. *Tijdsch Soc Gezondheidsz* 72, 434-441.
- Deeg,D.J.H., van Tilburg,T., Smit,J.H., de Leeuw,E.D., 2002. Attrition in the Longitudinal Aging Study Amsterdam: the effect of differential inclusion in side studies. *J Clin Epidemiol* 55(4), 319-328.

- Dixon,R.A., Hultsch,D.F., 1983. Structure and development of metamemory in adulthood. *J Gerontol* 38(6), 682-688.
- Dixon,R.A., Hultsch,D.F., 1984. The metamemory in Adulthood (MIA) Instrument. *psychological Documents* 14, 3.
- Folstein,M.F., Folstein,S.E., McHugh,P.R., 1975. Mini-mental state: a practical method for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 12, 189-198.
- Gadalla,T.M., 2009. Sense of Mastery, Social Support, and Health in Elderly Canadians. *J Aging Health* 21(4), 581-595.
- Gezondheidsraad. Preventie bij ouderen: focus op zelfredzaamheid. 2009. Den Haag, Gezondheidsraad. Publicatienummer 2009/07.
- van Gool,C.H., Picavet,H.S., Deeg,D.J., de Klerk,M.M., Nusselder,W.J., van Boxtel,M.P., Wong,A., Hoeymans,N., 2011. Trends in activity limitations: the Dutch older population between 1990 and 2007. *Int. J. Epidemiol.* doi:10.1093/ije/dyr009.
- Gustafsson,S., Edberg,A.K., Johansson,B., hlin-Ivanoff,S., 2009. Multi-component health promotion and disease prevention for community-dwelling frail elderly persons: a systematic review. *Eur J Ageing* 6(4), 315-329.
- Huisman,M., Poppelaars,J., van der Horst,M., Beekman,A.T., Brug,J., van Tilburg,T.G., Deeg,D.J., 2011. Cohort Profile: The Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int. J. Epidemiol.* 40:868-876..
- Jonker,A.A.G.C., Comijs,H.C., Knipscheer,K.C.P.M., Deeg,D.J.H., 2009. Promotion of self-management in vulnerable older people: a narrative literature review of outcomes of the Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP). *Eur J Ageing* 6(4), 303-314.
- Jürges,H., Avendano,M., Mackenbach,J.P., 2008. Are different measures of self-rated health comparable? An assessment in five European countries. *Eur. J. Epidemiol.* 23(12), 773-781.
- van de Kamp,K., Braam,A.W., Deeg,D.J.H., 2008. Verschuiving van de ervaren gezondheid van 55-64-jarigen tussen 1992/1993 en 2002/2003. Verklarende factoren. *Tijdschr. Gerontol. Geriatr.* 39, 182-192.
- Parker,M.G., Thorslund,M., 2007. Health Trends in the Elderly Population: Getting Better and Getting Worse. *Gerontologist* 47(2), 150-158.
- Pearlin,L.I., Schooler,C., 1978. The structure of coping. *J Health Soc Behav* 19, 2-21.
- Picavet,H.S.J., Hoeymans,N., 2002. Physical disability in The Netherlands: Prevalence, risk groups and time trends. *Public Health* 116(4), 231-237.
- Puts,M.T.E., Deeg,D.J.H., Hoeymans,N., Nusselder,W.J., Schellevis,F.G., 2008. Changes in

- the prevalence of chronic disease and the association with disability in the older Dutch population between 1987 and 2001. *Age Ageing* 37(2), 187-193.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Notitie 'Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: een nieuwe ordening'. 2010. Den Haag.
- Radloff, L.S., 1977. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 3, 385-401.
- Rowe, A.K., Powell, K.E., Flanders, D., 2004. Why population attributable fractions can sum to more than one. *American Journal of Preventive Medicine* 26(3), 243-249.
- Schram, M.T., Frijters, D., van de Lisdonk, E.H., Ploemacher, J., de Craen, A.J.M., de Waal, M.W.M., van Rooij, F.J., Heeringa, J., Hofman, A., Deeg, D.J.H., Schellevis, F.G., 2008. Setting and registry characteristics affect the prevalence and nature of multimorbidity in the elderly. *J Clin Epidemiol* 61(11), 1104-1112.
- Schuijt-Lucassen NY, Broese van Groenou MI. Verschillen in zorggebruik door ouderen naar inkomen. TSG 2006; 1: 4 – 11.
- Smit, J.H., Comijs, H.C., 2000. Longitudinaal onderzoek bij oudere respondenten: participatie en de kwaliteit van gegevens. *Tijdschr. Gerontol. Geriatr.* 31, 184-189.
- Smits, C.H.M., Deeg, D.J.H., Bosscher, R.J., 1995. Well-being and control in older persons: The prediction of well-being from control measures. *The International Journal of Aging and Human Development* 40(3), 237-251.
- van Sonsbeek, J.L.A., 1991. Het eigen oordeel over de gezondheid; methodische effecten bij het gezondheidsoordeel in gezondheidsenquetes. *Maandbericht Gezondheid* 10(9), 15-23.
- Twisk, J.W.R., 2003. *Applied Longitudinal Data Analysis for Epidemiology*. Cambridge University Press, New York.
- Uijen, A.A., van de Lisdonk, E.H., 2008. Multimorbidity in primary care: Prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice* 14(s1), 28-32.